Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Relatório de Estágio Profissionalizante

Farmácia D'Arrábida

Janeiro de 2014 a Junho de 2014

Rute Isabel Pinto Teixeira

Orientador : Dra. Maria Adelaide Tavares da Silva

Tutor FFUP: Prof. Doutor Paulo Alexandre Lourenço Lobão

Setembro de 2014

Declaração de Integridade

Eu, Rute Isabel Pinto Teixeira, abaixo assinado, nº 200904595, aluno do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste documento.

Nesse sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, ____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Ficarei para sempre grata à *Farmácia D'Arrábida* e à sua fantástica equipa, por me ter acolhido durante todo o meu estágio curricular. Um especial agradecimento à diretora técnica Dra. Maria Adelaide Tavares Silva pela simpatia e paciência, que desde o início demostrou, e pelo facto de se mostrar sempre disponível a ajudar. Um muito obrigado ao resto da equipa, por todo o auxílio, disponibilidade, paciência e simpatia, Dra. Ivete Fernandes, Dra. Helena Ferreira, Ana Gil, Carla Gouveia, Dina Ferreira, Tatiana Amaral, Carolina Alexandre, Cláudio Sousa, Dra. Maria José Ló, Dra. Marta Valdrez, Cláudia Vasconcelos Dr. Tiago Ramos, Dra. Rosa Silva, Dr. Vítor Braz, Dra. Ana Moura, Dra. Eva Barros, Dr. Miguel Moura, Ricardo Tavares, Alexandre Oliveira, António Sousa e Albertina Silva. Foram todos excelentes!

Agradeço à Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, da qual sinto um enorme orgulho de pertencer, por me ter fornecido todas as ferramentas necessárias para a minha formação. A todos os docentes, sempre disponíveis e dispostos a ajudar.

Um enorme agradecimento à minha família, por todo o apoio prestado e a todos os meus amigos.

Resumo

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira é constituída por três trabalhos desenvolvidos durante o meu estágio curricular na Farmácia d'Arrábida e a segunda parte é referente ao relatório de estágio.

Um dos temas por mim escolhidos foi a Fotoproteção. Tendo em conta que a proteção da pele da radiação solar é indispensável todo o ano mas que apenas faz parte da nossa preocupação nos meses de verão, decidi criar um folheto informativo direcionado para os clientes da farmácia, no âmbito de consciencializar a população para "hábitos saudáveis" ao sol. Para entendermos a fotoproteção, primeiro é necessário o conhecimento da estrutura da pele e da radiação solar, destacando-se a faixa da radiação ultravioleta (UV) que se subdivide em UVA, UVB e UVC sendo que a última não atravessa a camada de ozono. As radiações UVA e UVB ao penetrarem a pele, provocam efeitos benéficos mas também nocivos, como eritema solar, bronzeamento, fotoenvelhecimento e fotocarcinogénese. Para evitarmos todos estes malefícios do sol é indispensável o uso de protetores solares mas só isso também não basta. É também necessário evitar uma exposição solar excessiva, evitando as horas de maior calor, assim como o uso de roupa adequada e óculos de sol com proteção UV são de uso fundamental.

Outro dos temas por mim aprofundado está relacionado com o consumo de benzodiazepinas por parte da população. No decorrer do meu estágio, diversas foram as vezes com que me deparei no aviamento de receitas com este tipo de substâncias, assim como a solicitação delas sem prescrição médica. Nenhum utente se considera dependente delas embora admitam que sem a sua dose diária, a insónia ocorre. Decidi, portanto, analisar o receituário referente a estas substâncias, de forma a compreender melhor os padrões de consumo assim como tentar encontrar alternativas a estas substâncias.

O último tema selecionado foi sobre Materiais de Penso para o tratamento de feridas. Embora esta seja uma temática mais relacionada com o meio hospitalar, em muitos dos casos em que o doente retoma a sua casa, é

necessário continuar os tratamentos, pelo que a aquisição destes dispositivos médicos é feita em farmácia comunitária. Existem vários pensos, sendo que cada um deles tem características específicas que dependem sempre do tipo de ferida a tratar. Neste pequeno trabalho, falo dos quatro grandes tipos de materiais de penso, os pensos absorventes, desbridantes, impregnados e promotores de cicatrização. Ao conhecermos cada uma das suas características, vantagens de desvantagens, torna-se muito mais fácil um aconselhamento correto ao utente na altura de escolher o material de penso mais recomendável para uma determinada finalidade.

Na segunda parte deste trabalho, falo mais especificamente de cada valência da farmácia comunitária, pelas quais passei durante o meu estágio curricular, como a receção de encomendas, faturação, validação de receituário e dispensa de medicamentos. Todas estas etapas são essenciais para que um farmacêutico compreenda a magnitude do funcionamento de uma farmácia comunitária, permitindo-lhe assim, uma melhor gerência durante a dispensa de medicamentos e o aconselhamento farmacêutico.

Cada vez mais a farmácia passa a ser mais um local polivalente e não apenas de dispensa de medicamentos. Cabe-nos a nós, farmacêuticos, renovar constantemente o conhecimento sobre as diversas áreas, como a puericultura, produtos dietéticos, suplementação alimentar, produtos de higiene, produtos e medicamentos veterinários, preparados oficinais, dispositivos médicos, entre muitos outros, para além, claro, da área dos medicamentos.

ÍNDICE

Parte I – Trabalhos desenvolvidos no âmbito da atividade farmacêutica……..……1

1. Fotoproteção……..…….2
   1.1. A estrutura da pele……...2
   1.2. Radiação solar……..6
   1.3. Efeitos benéficos da exposição solar…….8
   1.4. Efeitos nocivos da exposição solar……..…..8
   1.5. Fotoproteção interna e externa……..…..……11
   1.6. Folheto de fotoproteção……...……..14
2. Consumo de Benzodiazepinas……..15
   2.1. Ação farmacológica……....16
   2.2. Mecanismo de ação……...18
   2.3. Indicações terapêuticas……18
      2.3.1. Perturbações de ansiedade……18
      2.3.2. Insónia……19
      2.3.3. Relaxante muscular……19
   2.4. Interações medicamentosas……20
   2.5. Reações adversas……..20
   2.6. Contra-indicações……...……20
   2.7. Tolerância/Dependência……20
   2.8. Sobredosagem……...….21
   2.9. Descontinuação da utilização de Benzodiazepinas……..21
   2.10. Consumo de Benzodiazepinas – Caso de estudo…….……22
      2.10.1. Consumo de Benzodiazepinas em Portugal……..…..22
      2.10.2. Recolha de informação……..26
      2.10.3. Resultados e discussão……..……26
      2.10.4. Conclusão……..30
3. Materiais de penso no tratamento de feridas……..31
   3.1. Causas de dano na pele e processo de cicatrização……..……32
   3.2. Caracterização de Feridas……..…..32
      3.2.1. Feridas não exsudativas……....33
      3.2.2. Feridas exsudativas……33
   3.3. Material de penso……..34
      3.3.1. Penso absorvente……..……34

3.3.2. Penso desbridante……..…….39
3.3.3. Penso impregnado……..…….40
3.3.4. Promotores de cicatrização……..……..……42

Parte II – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária……..…...…...44

4. Estágio curricular em Farmácia Comunitária – Farmácia d'Arrábida……..45
4.1. Organização dafarmácia……..….45
4.2. Localização e horário de funcionamento……..…..45
4.3. Recursos humanos……46
4.4. Sistema informático……..……..47
4.5. Fontes de informação……..….47
4.6. Encomendas e aprovisionamento……...…48
4.6.1. Receção de encomendas……...48
4.6.2. Arrumação……48
4.7. Gestão de stocks……49
4.8. Preço dos medicamentos……..……49
4.9. Produtos existentes na farmácia comunitária……51
4.9.1. Medicamentos……...51
4.9.2. Preparações oficinais e magistrais……53
4.9.3. Medicamentos e produtos homeopáticos……53
4.9.4. Dispositivos médicos……...54
4.9.5. Suplementos alimentares……..……..54
4.9.6. Produtos de alimentação especial……55
4.9.7. Produtos cosméticos e de higiene pessoal……..….56
4.9.8. Medicamentos e produtos veterinários……..…...56
4.10. Receituário e faturação……..….57
4.10.1. Validação de receituário……..….57
4.10.2. Faturação……...58
4.11. Dispensa de medicamentos……..59
4.11.1. Regras de prescrição……..…..59
4.11.2. Prescrição por Denominação Comum Internacional……..60
4.11.3. Ato da dispensa……61
4.11.4. Medicamentos psicotrópicos e estupefacientes……..62
4.12. Aconselhamento farmacêutico……62
4.12.1. Sazonalidade do consumo……..…63

4.13. Serviços de saúde……..64
4.13.1. Serviços efetuados por outros profissionais de saúde……..64
4.14. Formações……...65
5. Conclusão……67
6. Bibliografia……68
7. Anexos……..….73
7.1. Folheto de Fotoproteção……..…….……...73

.

Abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde

BZD – Benzodiazepina

CCF – Centro de Conferência de Faturas

DCI – Denominação Comum Internacional

GABA – Ácido gama-aminobutírico

INFARMED – Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento

IV – Radiação Infravermelha

MNSRM – Medicamento não sujeito a receita médica

SNC – Sistema Nervoso Central

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UV – Radiação Ultravioleta

Listagem de figuras

Figura 1 - Representação esquemática da estrutura da pele……3

Figura 2 – Camadas da epiderme e processo de queratinização……....4

Figura 3 – Espetro eletromagnético……6

Figura 4 – Capacidade de penetração das radiações solares na pele……7

Figura 5 – Método de avaliação ABCDE de um sinal……11

Figura 6 – Evolução do consumo de BZDs entre 2000 e 2009 em função da sua duração de ação……...24

Figura 7 – Evolução do consumo de BZDs entre 2000 e 2012 de acordo com a família e duração de ação……..24

Figura 8 – Evolução do consumo de ansiolíticos sedativos e hipnóticos entre 2000 e 2012……..……25

Figura 9 – Percentagem de doentes que procuram ajuda de um profissional de saúde devido a problemas psicológicos ou emocionais……...26

Figura 10 – Percentagem de BZDs presentes no receituário pertencentes ao SNS e serviço privado……27

Figura 11 – Diferenças entre as prescrições de BZDs no SNS e no serviço privado, de acordo com as especialidades médicas……...28

Figura 12 – Distribuição gráfica na quantidade de BZDs prescritas no total….29

Figura 13 – Distribuição gráfica da quantidade de BZDs prescritas de acordo com o seu mecanismo de duração de ação……29

Figura 14 – Apósitos de alginatos……35

Figura 15 – Espumas de poliuretano……36

Figura 16 – Apósitos de Hidrocolóides……37

Figura 17 – Penso de hidrofibra……37

Figura 18 – Apósitos de carvão ativado……38

Figura 19 – Diferentes apresentações comerciais de apósitos de iodo……41

Figura 20 – Apósito de ácido hialurónico……42

Listagem de tabelas

Tabela 1 – Alterações cutâneas provocadas pelo envelhecimento intrínseco *versus* extrínseco……9

Tabela 2 – Classificação de Fitzpatrick dos fototipos de pele……13

Tabela 3 – Classificação das BZDs ansiolíticas e hipnóticas segundo a duração de ação……18

Tabela 4 – Indicações de material de penso de acordo com o seu mecanismo de ação……40

Tabela 5 – Recursos humanos da Farmácia d'Arrábida……46

Tabela 6 – Margens de comercialização para grossitas e farmácias comunitárias……53

Tabela 7 – Percentagem de comparticipações para os medicamentos……57

Parte I

Trabalhos desenvolvidos no âmbito da atividade farmacêutica

1. Fotoproteção

Com a aproximação do verão, os produtos de fotoproteção, suplementos alimentares intensificadores de bronzeado e autobronzeadores passam a constituir uma parte significativa das vendas de uma farmácia comunitária. Neste sentido, o desenvolvimento de um folheto informativo (anexo 1) sobre fotoproteção pareceu-me uma mais-valia na área da dermofarmácia e cosmética da *Farmácia d'Arrábida*.

A escolha deste tema deve-se ao meu gosto pessoal pela área da cosmética e principalmente pelo facto de a *Farmácia d'Arrábida* de situar num local em que a procura em Dermofarmácia e Cosmética é muito acentuada. Nesse sentido propus à Dra. Adelaide Silva, minha orientadora de estágio, o desenvolvimento de um folheto informativo sobre Fotoproteção. Este folheto foi divulgado na farmácia e entregue a todos os clientes interessados no tema, servindo como um lembrete de um conjunto de pequenas noções básicas de proteção solar.

Neste trabalho escrito irei explorar com mais detalhe a Fotoproteção, começando na importância do conhecimento da estrutura da pele, da radiação solar, passando pelos benefícios da exposição solar mas focando principalmente os seus efeitos nocivos e finalizando na fotoproteção e nas suas vantagens para a melhoria da qualidade de vida.

1.1. A estrutura da pele

Como é do conhecimento comum, a pele é o órgão maior do corpo humano sendo composta por duas camadas de tecido: a epiderme e a derme. A epiderme, de tecido epitelial assenta sobre a derme, de tecido conjuntivo, que por sua vez está assente na hipoderme que lhe fornece vasos sanguíneos e nervos e a une aos músculos e ossos subjacentes, como podemos verificar observando a figura 1 [1].

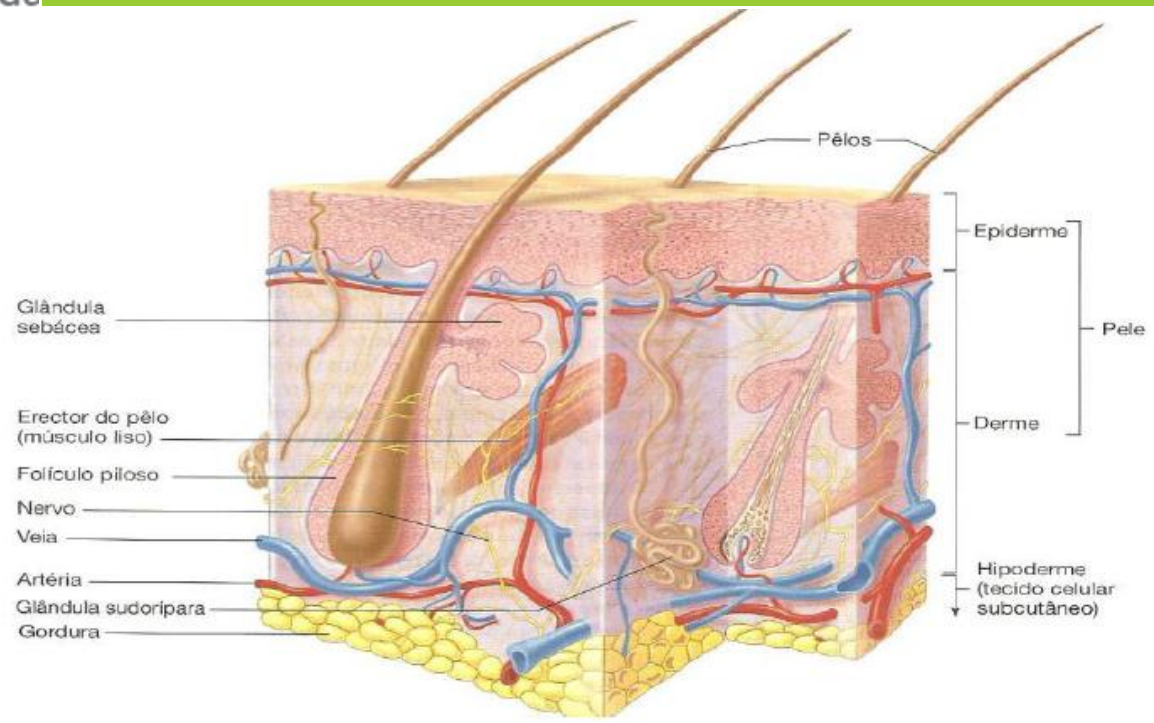


Figura 1 – Representação esquemática da estrutura da pele. Podemos observar no esquema, os diferentes constituintes da pele: a epiderme, a derme e hipoderme [1].

A pele assim como as suas estruturas anexas, cabelo, unhas e glândulas, constituem o sistema tegumentar, sendo este o que nos separa do meio exterior, formando como que uma barreira.

Para além das funções de revestimento da superfície corporal e de proteção contra a luz ultravioleta (UV) e microrganismos, também previne a desidratação impedindo a perda de água corporal. A pele contém ainda recetores sensoriais, que permitem detetar a dor, o frio, o calor, ajudando a regular a temperatura corporal pela alteração do fluxo sanguíneo e pela ação das glândulas sudoríparas, que também ajudam a eliminar produtos de excreção. Outra função importante do sistema tegumentar é a produção de vitamina D, essencial para manter o equilíbrio mineral do organismo, principalmente a homeostase do cálcio [1,2].

- ✓ <u>Epiderme</u>

A epiderme é composta por cinco camadas sucessivas, de epitélio pavimentoso estratificado, como podemos observar na figura 2. A camada mais

profunda da epiderme é a basal (1), no teto da camada basal temos a camada espinhosa (2), seguida da camada granulosa (3), translúcida (4) e à superfície da pele a camada córnea (5). É nas camadas mais profundas que se produzem as novas células por mitose, ocorrendo assim o processo de maturação dos queratinócitos.

A epiderme é composta por diferentes populações de células. Os queratinócitos, que se apresentam em maior percentagem, regulam a permeabilidade da epiderme assim como também lhe conferem alguma resistência estrutural. Os melanócitos conferem coloração à pele, pela produção de melanina (conjunto de pigmentos castanho-escuro) que é transferida progressivamente para os queratinócitos conferindo proteção contra a luz UV. Em menor percentagem temos as células de Langerhans que fazem parte do sistema imunitário, tornando a epiderme também uma barreira imunológica e as células de Merkel que estão associadas a terminações nervosas, sendo responsáveis por detetar o tato e a pressão superficial [1,3].

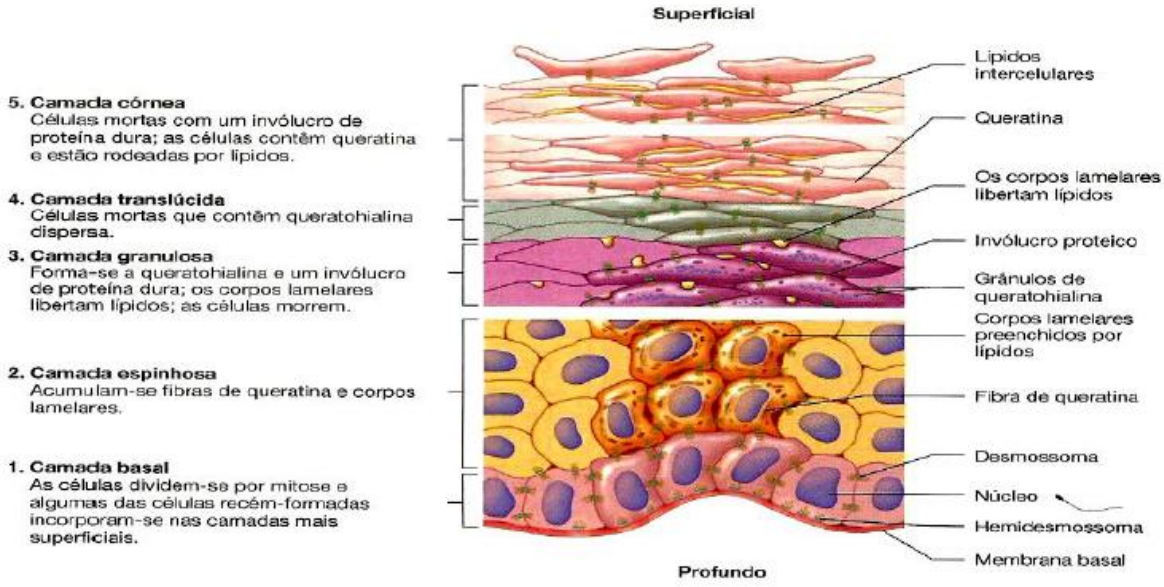


Figura 2 – Camadas da epiderme e processo de queratinização. A epiderme, de epitélio pavimentoso estratificado, é constituída por 5 camadas de células: basal, espinhosa, granulosa, translúcida e córnea. Cada camada contém diferentes tipos de células, responsáveis pelas diferentes funções deste órgão [1].

✓ Derme

A camada dérmica é composta por tecido conjuntivo, contendo uma rede de vasos sanguíneos e linfáticos assim como fibras nervosas que nutrem a epiderme, como podemos observar novamente na figura 1. As fibras são principalmente compostas por colagénio, encontrando-se também presentes fibras elásticas e reticulares. Na composição da derme encontramos fibroblastos (precursores da síntese de tecido conjuntivo), glândulas sebáceas, sudoríparas e folículos pilosos. A derme encontra-se dividida em duas camadas: a camada reticular e a camada papilar. Ambas são ricas em fibras elásticas que conferem a elasticidade da pele [1,3].

✓ Hipoderme

Suportando a derme, temos a hipoderme (tecido celular subcutâneo), rica em tecido adiposo, que confere proteção contra o frio pela sua função de armazenamento energético. Para além de adipócitos, contém fibroblastos e macrófagos. É constituída por tecido conjuntivo laxo, com fibras de colagénio e elastina [1,3].

1.2. Radiação Solar

Observando a figura 3, percebemos que a radiação solar compreende um espectro eletromagnético composto por radiações ionizantes e não ionizantes. As radiações ionizantes incluem os raios gama e os raios X. A radiação não ionizante, também denominada de ótica, compreende a luz ultravioleta (UV), luz visível e infravermelho (IV) [4].

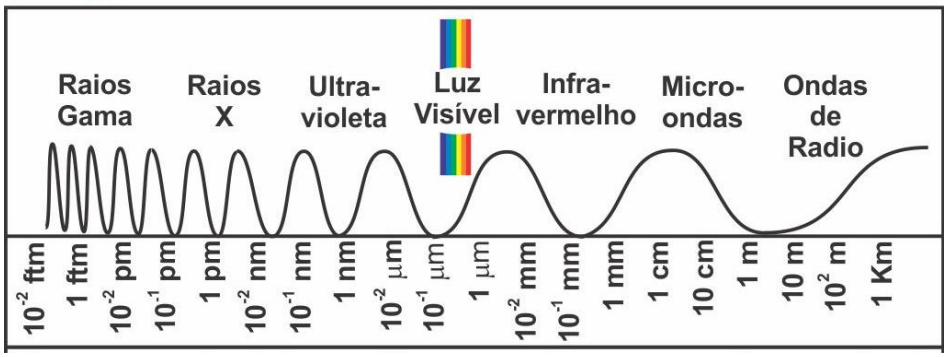


Figura 3 – Espetro eletromagnético. Na constituição do espetro, observamos que a radiação solar é constituída por dois tipos de radiação, a ionizante e não ionizante ou ótica, sem que esta última é composta pelos raios UV, IV e luz visível [5].

A radiação infravermelha é responsável pelo transporte de calor do sol, podendo penetrar até à hipoderme provocando um aumento da temperatura e vasodilatação cutânea. Exerce ainda, um efeito aditivo com a radiação UV, no envelhecimento cutâneo e no processo de fotocarcinogénese [6].

A radiação ultravioleta subdivide-se em UVA, UVB e UVC. A radiação UVA não é absorvida pela camada de ozono e tem intensidade constante ao longo do dia e mesmo ao longo do ano. Tem a capacidade de penetrar profundamente na pele. Uma exposição casual leva a um bronzeamento de curta duração, sendo considerada uma radiação fotossensibilizante. No caso de uma exposição prolongada, a radiação UVA pode levar a alteração ao nível do DNA, com formação de dímeros de ciclobutano piramidina (CPD) que bloqueiam a transcrição celular, e produção de espécies reativas de oxigénio (ROS) que

podem produzir reações inflamatórias na pele [7].

A radiação UVB é responsável pelo bronzeamento tardio e de longa duração, eritema, espessamento do estrato córneo e danos diretos no DNA. Também é responsável por diversas doenças de pele, incluindo cancros de pele não melanocíticos (carcinoma das células basais e escamosas) e melanocíticos (melanomas). Mas nem toda a radiação UVB traz malefícios, uma exposição moderada leva à produção de vitamina D, prevenindo raquitismo em crianças e osteoporose nos adultos [1,3,6].

Por fim, a radiação UVC é altamente lesiva para o homem, provocando efeitos mutagénicos e carcinogénicos, contudo não consegue atingir a superfície terrestre porque não atravessa a camada de ozono, como observamos na figura 4. Este facto ajuda a compreender a importância da conservação da camada de ozono, que impede um aumento da intensidade de radiação UV que atinge a superfície terreste, podendo provocar na pele eritema e envelhecimento precoce da pele [6].

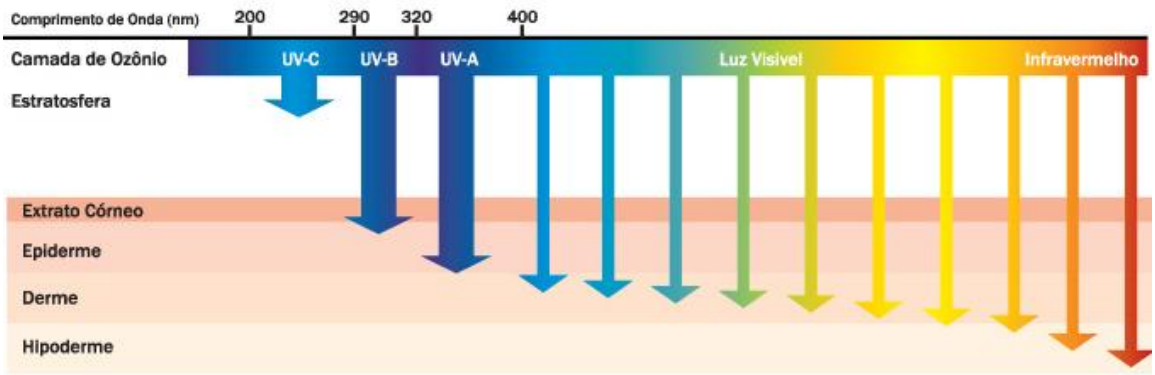


Figura 4 – Capacidade de penetração das diferentes radiações solares na pele. Do total da radiação que incide a superfície terrestre, 95% são UVA e apenas 5% são UVB. Por esta razão é indispensável o uso de protetores solares que protejam das radiações UVA e UVB simultaneamente. A radiação UVC não consegue atravessar a camada de ozono, não atingindo assim a pele [8].

1.3. Efeitos benéficos da radiação UV

Quando a exposição solar é regrada, a radiação UV trás imensos benefícios à pele. Atua como antídoto para a depressão, produz vitamina D e melhora visivelmente a pele em pessoas com acne, dermatite atópica e psoríase.

1.4. Efeitos nocivos da radiação UV

A radiação solar não apresenta apenas benefícios. De entre os efeitos prejudiciais, podemos subdividir entre efeitos imediatos, como as queimaduras solares, o bronzeado e as reação de fotossensibilização e os efeitos a longo prazo, como o fotoenvelhecimento e a fotocarcinogénese [9].

✓ Efeitos a curto prazo

- Eritema Solar

O eritema solar, comumente designado por queimadura solar, consiste numa reação inflamatória da pele devido a uma exposição excessiva à radiação solar, principalmente UVB [10].

- Bronzeado

O bronzeado caracteriza-se pelo escurecimento da pele, devido à produção de melanina pelos melanócitos como uma resposta fisiológica de proteção à radiação solar [3].

- Fotossensibilização

Reações de fotossensibilidade provocam alterações cutâneas após alguns minutos de exposição solar, podendo subdividir-se entre reações de fototoxicidade e de fotoalergia. As primeiras podem ocorrer em qualquer indivíduo, devido a diversas substâncias tanto de aplicação tópica como de administração oral, tais como alguns antibióticos. Os efeitos visíveis são eritema, edema, descamação, vesículas e hiperpigmentações [11].

As reações fotoalérgicas ocorrem mais raramente e implicam uma exposição prévia com o desenvolvimento de uma resposta por parte do sistema imune

provocando prurido e urticária numa primeira etapa. Durante uma segunda exposição, o nosso sistema imune reage provocando prurido, eritema, urticária e vesiculas, e mais tardiamente, eczemas. As substâncias que desencadeiam este tipo de reação são por exemplo desodorizantes, perfumes, alguns aditivos alimentares e anti-inflamatórios não esteroides. [3,6].

- ✓ Efeitos a longo prazo
  - Fotoenvelhecimento

A nossa pele sofre naturalmente um envelhecimento intrínseco, também denominado de cronológico, que se deve á perda de elasticidade das fibras de colagénio e de elastina. Além deste envelhecimento determinado geneticamente, a exposição solar provoca o chamado fotoenvelhecimento, extrínseco, pela exposição repetida ao sol e de longa duração. De acordo com a tabela 1, o fotoenvelhecimento, ao contrário do envelhecimento cronológico, provoca rugas mais profundas, alterações ao nível do estrato córneo, alterações nas fibras de colagénio, maior degeneração das fibras elásticas, menor número de melanócitos, pele mais seca e mais sujeita a alterações malignas [12].

Tabela 1 – Alterações cutâneas provocadas pelo envelhecimento intrínseco *versus* extrínseco [12].

	Envelhecimento intrínseco	Envelhecimento extrínseco
Rugas	Finas	Profundas
Camada córnea	Inalterada	Afilada
Fibras de colagénio	Pena alteração no tamanho e na organização	Grande alteração no tamanho e na organização
Fibras elásticas	Reorganizadas	Diminuição na produção e aumento da degeneração
Folículo capilar	Diminuição em número e afinamento	Diminuição em número e na estrutura: perda capilar
Melanócitos	Normal	Diminuição em número e na melanina

Glândulas sudoríparas e sebáceas	Diminuição em número	Diminuição em número: pele seca
Microvasculatura	Área reduzida	Telangiectasias; equimoses, infiltrado inflamatório perivascular
Junção dermoepidérmica	Leve achatamento	Grande achatamento
Alterações benignas	Ceratose seborreica	Ceratose seborreica
Alterações pré-malignas	-	Ceratose actínica
Alterações malignas	-	Carcinoma basocelular Carcinoma espinocelular

- Fotocarcinogénese

O cancro da pele é um dos maiores problemas de saúde pública do nosso século. Os diferentes tipos de cancros de pele são divididos pelo facto de estarem associados à melanina, melanoma, ou não estarem associados à melanina, como o carcinoma basocelular e o espinocelular [9].

Os carcinomas basocelular são os mais frequentes e menos agressivos pelo facto de não sofrerem metastização. Apresentam-se como um pequeno tumor, escoriado, localizado no rosto e com um crescimento lento.

Os carcinomas espinocelulares são menos frequentes contudo mais agressivos pois metastizam. Têm um aspeto granuloso, com crescimento acelerado e apresentam por vezes ulceração.

A queratose actínica é decorrente de uma anormalidade na queratinização das células, provocando uma resposta inflamatória. Esta consiste num fator de risco para o melanoma, sendo portanto considerada como uma lesão pré-cancerígena [1].

O melanoma é um tumor maligno que se desenvolve a partir dos queratinócitos. Inicialmente consiste numa mancha escura, com forma irregular e com alterações na cor, que aumenta de tamanho de forma progressiva.

Numa fase inicial o seu crescimento é circunscrito à epiderme, podendo mais tarde ocorrer a penetração para a derme com formação de úlcera. Para o desenvolvimento do melanoma é essencial conhecermos os fatores de risco como o grau de pigmentação do indivíduo, a presença de múltiplos nevos melanocíticos, efélides, historial de queimaduras solares graves e reações anteriores da pele à exposição solar. Uma maneira bastante clara de diferenciarmos um sinal de um melanoma, é analisando pelo método de avaliação ABCDE (figura 5): assimetria (A), bordas (B), cor (C), diâmetro (D) e evolução (E) [13].

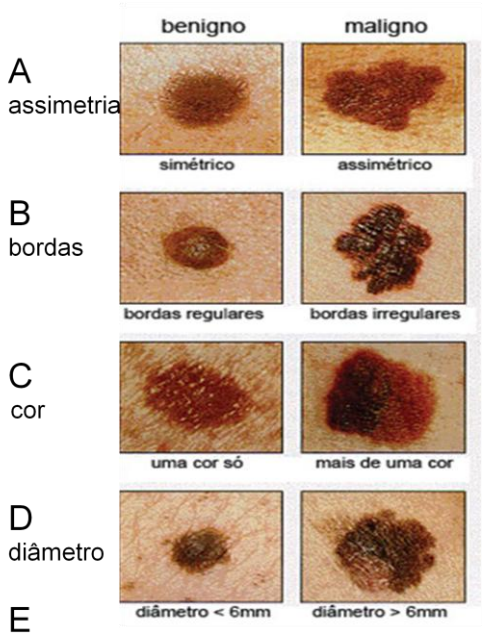


Figura 5- Método de avaliação ABCDE de um sinal. Análise de um sinal consoante a sua assimetria, bordo, cor, diâmetro e evolução para uma diferenciação rápida entre um sinal benigno e um sinal maligno [14].

1.5. Fotoproteção

A fotoproteção consiste num conjunto de processos que previnem a agressão por parte da radiação solar.

- ✓ Intrínseca

A nossa pele, estando sempre sujeita a agressões solares, dispõe de

mecanismos de defesa, como o espessamento da pele, as melaninas, os fotótipos de pele e o bronzeamento.

- Espessamento da pele

A camada córnea é a primeira barreira contra a radiação refletindo a radiação IV e visível pelos filamentos de queratina. Absorve também radiação UVB pelos lípidos de superfície, ácido urocânico e queratina. Com a incidência dos raios solares na epiderme, esta modifica a estrutura da camada córnea tornando-a mais compacta e as células mais coesas e com menos descamação, originando espessamento da epiderme [15].

- Melaninas

A melanina é o principal cromóforo da pele, sendo fundamental à sua proteção por absorver a radiação UV e visível, convertendo-a em calor. Existem duas espécies de melanina: eumelanina, presente nos indivíduos de pele morena e a feomelanina, pigmento de indivíduos ruivos e louros. Durante a exposição solar, a eumelanina confere maior proteção do que a feomelanina, daí que as populações com peles mais claras sofram mais efeitos nocivos. Também pelo facto de a feomelanina ser de difícil oxidação, estes indivíduos raramente se bronzeiam [15].

- Fototipos de pele

Tal como mencionado anteriormente a cor da pele depende da presença de cromóforos na epiderme. O conceito dos fototipos de pele, proposto por Fitzpatrick, resume-se a uma classificação clínica baseada na suscetibilidade do indivíduo de sofrer queimaduras solares e da sua capacidade de se bronzear [16].

Tabela 2 – Classificação de Fitzpatrick dos fototipos de Pele [16].

Fototipos	Eritema	Pigmentação	Sensibilidade ao sol
I - branca	Queima-se sempre	Nunca se bronzeia	Muito sensível
II - branca	Queima-se com facilidade	Bronzeia muito pouco	Sensível
III - morena	Queima-se moderadamente	Bronzeia	Normal
IV – morena escura	Queima pouco	Bronzeia com facilidade	Normal
V – morena escura	Raramente se queima	Bronzeia com facilidade	Pouco sensível
VI – negra	Nunca se queima	Totalmente pigmentada	Insensível

Observando a tabela, podemos concluir que quanto mais baixo o fototipo de pele, mais rapidamente irá ocorrer uma queimadura solar, ou seja, o grau de proteção da radiação solar é muito baixo. Tendo estas populações maior propensão para fotoenvelhecimento, fotodermatoses e melanomas.

- Ácido urocânico

O ácido urocânico é um constituinte do suor, sendo assim como a melanina, um cromóforo da pele, mais especificamente do estrato córneo. Atua como um filtro solar endógeno contra a radiação UV [17].

✓ <u>Extrínseca</u>

Algumas da regras básicas para minimizar o risco de exposição excessiva a radiação UV, passam por não ir à praia das 11h as 17h, preferir sombras, usar roupa protetora, óculos de sol e protetor solar.

Os fotoprotetores são compostos que absorvem, refletem ou dispensam a radiação solar, sendo essencial que protejam contra a radiação UVA e UVB.

Podem ser classificados de agentes orgânicos (filtros químicos) ou inorgânicos (filtros físicos), sendo que os compostos orgânicos protegem a pele através da absorção de radiação UV e os inorgânicos pela reflexão ou dispersão de radiação.

Os filtros orgânicos são formados por moléculas que absorvem radiação UV, de alta energia, e a transformam em menos energética, sendo mais inofensiva para o homem. Ao receber energia da radiação UV, o filtro ativa os eletrões que passam do estado fundamental ao estado excitado, absorvendo a radiação UV que depois é libertada sob a forma de pequenas quantidades de calor.

Os filtros inorgânicos são óxidos metálicos, que refletem e dispersão a radiação criando uma barreira física contra os UVA, UVB, IV e visível. Neste caso não ocorrem interações entre a radiação e o filtro. Apenas o óxido de zinco e o dióxido de titânio estão aprovados pela FDA como filtros solares inorgânicos [3].

1.6. Folheto sobre Fotoproteção

Baseando-se em todos estes dados científicos e tento sempre em conta também, que o marketing farmacêutico é essencial para o futuro próspero de uma farmácia, criei um folheto informativo, em anexo, com pequenas noções básicas de proteção contra a radiação solar assim como todos os produtos que durante os meses de mais calor são os mais requisitados pelos clientes.

O folheto fala de suplementos alimentares que preparam a pele para o sol, utilização de autobronzeadores, protetores solares para adultos e as suas diferenças para os utilizados nas crianças assim como os produtos utilizados durante o período pós solar que ajudam a pele a regenerar da agressão solar assim como prolongam o bronzeado.

2. Consumo de Benzodiazepinas

Ao longo do estágio curricular deparei-me muitas vezes com prescrições de benzodiazepinas, especialmente em simultâneo com outros psicofármacos. Apercebi-me que a maioria dos utentes utiliza estes depressores do SNC há anos, de modo contínuo, sem interrupções. Na falha de não obter receita médica atempadamente ou pelo simples facto de a medicação ser "demasiado barata" para que se justifique uma ida ao médico e o pagamento das taxas moderadoras, muitos utentes pretendem adquirir estes psicofármacos sem prescrição médica. Foi em muitos destes casos que me deparei com a inconformidade do utente na não obtenção do medicamento e na incompreensão da problemática da adição às BZDs.

A maioria dos utentes afirmava que há meses ou mesmo anos tomava a medicação para "ajudar a dormir melhor" ou para "diminuir a ansiedade". Poucos eram aqueles que estavam dispostos a "alterar a rotina" e modificar a medicação e/ou medidas não farmacológicas.

Ao deparar-me com esta problemática da nossa sociedade e após ler vários relatórios produzidos pelo Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde, propus à Dra. Adelaide Silva, minha orientadora de estágio e diretora técnica da *Farmácia d'Arrábida*, realizar uma pequena avaliação do receituário faturado de forma a perceber se o que se passa a nível nacional se verificava na realidade daquela farmácia.

A Farmácia d'Arrábida pelo facto de se localizar dentro de um centro comercial e ter nas suas imediações o *Hospital d'Arrábida*, tem um enorme afluxo de clientes, principalmente da área metropolitana do Porto. Também pelo facto de estar abertar por um período de tempo bastante alargado e ter sempre uma enorme afluência, não seria possível realizar inquéritos. Desta forma, optei por analisar apenas o receituário e de forma completamente aleatória selecionei o receituário da primeira semana do mês de junho.

As benzodiazepinas (BZDs) pertencem à classe de fármacos depressores do Sistema Nervoso Central (SNS). A sua indicação terapêutica está aprovada para tratamento de perturbações de ansiedade e distúrbios do sono, assim como no tratamento adjuvante da depressão, esquizofrenia e epilepsia (como relaxantes musculares). Também são usados para uma variedade de situações como sedação pré-operatória, desordens que provoquem movimentos involuntários, na abstinência do álcool e ansiedade associada a condições cardiovasculares e gastrointestinais [18,19].

Estas substâncias foram introduzidas em Portugal em 1960, sendo consideradas como tranquilizantes eficazes e com menores efeitos adversos que os barbitúricos, tendo substituído rapidamente estes como hipnóticos e sedativos.

Devido ao seu consumo generalizado, estes fármacos têm um grande potencial de abuso, sendo que o seu uso prolongado é desaconselhado devido à sua tolerância e dependência, podendo provocar sintomas de privação na interrupção do tratamento. As BZDs são raramente letais, ocorrendo casos apenas quando em associação com opiáceos e álcool.

No uso crónico, para além do risco de dependência, também provoca alterações ao nível das capacidades psicomotoras, aumentando a propensão para quedas e para acidentes de viação, principalmente em idosos [19].

2.1. Ação farmacológica

O ácido gama-aminobutírico (GABA) é o principal neurotransmissor inibitório do SNS. As BZDs interagem com o recetor do GABA, potenciando a atividade do neurotransmissor. Estudos demonstram que as BZDs modulam a função do recetor GABA por um mecanismo de ligação alostérico, aumentando a afinidade do recetor ao neurotransmissor GABA [20].

O mecanismo de ação das BZDs também comprova a sua segurança, uma vez que as ações farmacológicas dependem de uma libertação pré-sináptica de GABA, evitando uma exacerbação do efeito farmacológico [20].

Tal como referido anteriormente, as BZDs apresentam uma variedade de indicações terapêuticas que diferem de acordo com as características farmacodinâmicas e farmacocinéticas de cada uma delas, havendo diferenças a nível de potência e de duração de ação. Estes fármacos apresentam uma ação dose-dependente, com efeito ansiolítico, hipnótico, sedativo, relaxante muscular e anti-convulsivante [18].

Na maioria dos casos, é o tempo de semi-vida da BDZ que determina o seu uso terapêutico. Assim, as BZDs com maiores tempos de semi-vida são utilizadas como anti-convulsivantes, enquanto as que têm tempos de semi-vida curtos são mais vantajosas para fins hipnóticos, embora provoquem maior dependência. Quando queremos um ansiolítico, porque há dificuldade em adormecer, deveremos escolher uma BZD com um tempo de semi-vida de 2 a 3 horas. Se o objetivo é evitar despertares noturnos, nesse caso é mais aconselhável uma BZD com tempo de semi-vida de 4 a 10 horas. Nos casos de ansiedade, com insónia como sintoma, devemos usar BZDs com semi-vida superior a 10 horas [18,21].

As diferentes benzodiazepinas encontram-se classificadas como ansiolíticas ou hipnóticas segundo a duração de ação, como podemos observar na tabela 3.

É necessário ainda ter em consideração a população idosa, evitando o uso de BZDs com tempo de semi-vida de eliminação longo. As BZDs de ação curta ou intermédia devem ser preferidas em idosos e doentes hepáticos, de forma a minimizar a acumulação destes fármacos. [21]

Tabela 3 – Classificação das BZDs ansiolíticas e hipnóticas segundo a duração de ação.

Ansiolíticos de curta ação	Ansiolíticos de ação intermédia	Ansiolíticos de longa ação	Hipnóticos de curta ação	Hipnóticos de ação intermédia	Hipnóticos de longa ação
Tofizopam	Alprazolam	Cetazolam	Brotizolam	Estazolam	Flurazepam
	Bromazepam	Clobazam	Midazolam	Flinitrazepam	Quazepam
	Lorazepam	Clorazepato dipotássico	Triazolam	Loprazolam	
	Medazepam	Clorodiazepóxido	Zolpidem	Lomertazepam	
	Oxazepam	Cloxazolam		Temazepam	
		Diazepam			
		Halazepam			
		Loflazepato de etilo			
		Mexazolam			
		Nordazepam			
		Prazepam			

2.2. Mecanismo de ação

As benzodiazepinas atuam de forma a facilitar a transmissão inibitória mediada pelo GABA. A sua ligação alostérica ao recetor GABA-A provoca um aumento da frequência de abertura dos canais de cloro ligados a este recetor. Este fenómeno provoca uma hiperpolarização da membrana provocando a diminuição da excitação celular.

O aumento da neurotransmissão do GABA provoca sedação, relaxamento de músculos, ansiólise e efeitos anticonvulsivos. A nível do sistema nervoso periférico (SNP) também ocorre estimulação dos recetores GABA ocorrendo assim diminuição da contratilidade cardíaca e vasodilatação. [18,21]

2.3. Indicações terapêuticas

2.3.1. Perturbações de ansiedade

A desordem de ansiedade generalizada está relacionada com níveis elevados de neurotransmissores: serotonina, noradrenalina e dopamina. As BZD atuam aumentando o efeito inibitório do GABA nestas vias neurotransmissoras. As BZDs são usualmente prescritas no tratamento da ansiedade pelo seu efeito imediato (uma a duas semanas). No caso de outros fármacos ansiolíticos como a venlafaxina, buspirona e inibidores seletivos da recaptação da serotonina

(ISRS) o efeito farmacológico demora entre duas a quatro semanas.

A terapia deve iniciar-se na dose mais baixa possível que produza efeito farmacológico e no menor tempo possível, no máximo quatro semanas. O uso contínuo é desaconselhado. No caso de ser necessário um tratamento prolongado, deve ser realizado um esquema terapêutico em que durante duas a quatro semanas entre ciclos, não devem ser administradas BZDs.

É também necessário analisar as BZDs com tempo de semi-vida longo em que a toma deve ser feita antes de dormir de modo a facilitar o sono e melhorar o efeito ansiolítico durante o dia [18,20,21].

2.3.2. Insónia

No tratamento da insónia, as BZDs pelo mecanismo de ação mencionado anteriormente, produzem um aumento do estágio dois do sono e uma diminuição do sono REM e delta. O triazolam é indicado em casos em que o que se pretende é uma rápida indução do sono, por ser rapidamente distribuído pelo SNC (pela sua elevada lipofilia) e ter uma curta duração de ação. Quando o pretendido é uma manutenção do sono sem a existência de despertares noturnos, deveremos optar pelo estazolam e o temazepam por terem uma duração de ação intermédia.

Existem outros compostos não benzodiazepínicos que também apresentam ação seletiva para os recetores GABA: zolpidem, zaleplon e indiplon. O zolpidem é o único disponível no mercado português. Apresenta um início de ação rápido assim como um tempo de semi-vida curto, sendo portanto ideal para o tratamento da insónia. Apresenta ainda poucos efeitos de sedação residual durante o dia e baixo risco de dependência e tolerância [22].

2.3.3. Relaxante muscular

Apenas o clonazepam é aprovado pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) como relaxante muscular e anticonvulsivante para o tratamento da epilepsia. Também o diazepam e o lorazepam apresentam estas ações, contudo não têm estas indicações aprovadas.

2.4. Interações medicamentosas

Quando usadas isoladamente, as BZDs apresentam um risco muito baixo de toxicidade aguda. Contudo, em associações com outros fármacos depressores do SNC como hipnóticos, antidepressivos, neurolépticos, anticonvulsivos, anti-histamínicos e álcool, podem provocar efeitos tóxicos [18].

2.5. Reações adversas

O efeito depressor do SNC que é responsável pela ação farmacológica das BZD é igualmente responsável pelos seus efeitos adversos como tonturas, confusão, cansaço, vertigens, diarreia ou obstipação, vómitos, alterações do apetite, alterações visuais, irregularidades cardíacas, aumento do tempo de reação, descoordenação motora e mental, amnésia anterógrada, agressividade e agitação. A população idosa está mais propensa aos efeitos indesejáveis que provocam um aumento das quedas e de acidentes de viação.

Com as BZDs de ação curta pode ainda ocorrer fenómenos de ansiedade *rebound* depois do efeito do fármaco terminar, devendo-se, nestes casos, optar por BDZs de ação prolongada [18,21].

2.6. Contra-indicações

O uso de BZDs em doente com glaucoma de ângulo fechado e em doentes com insuficiência renal e hepática assim como idosos requer algumas precauções.

Durante o primeiro trimestre de gravidez estes fármacos estão contra-indicados por poderem provocar danos fetais, assim como o seu uso não é indicado durante a lactação.

No decorrer do tratamento com BZDs é desaconselhável o consumo de bebidas alcoólicas e a condução de veículos [18].

2.7. Tolerância/Dependência

As BZDs apresentam risco de abuso, dependência e tolerância. A dependência caracteriza-se por um conjunto de sintomas que surgem pela descontinuação

repentina, denominada síndrome de abstinência: ansiedade, insónia, agitação, tensão muscular, irritabilidade, náusea, diaforese, pesadelos, depressão, hiperreflexia, tremores, cefaleias, zumbidos, alucinações e convulsões. As BZDs de curta ação com maior potência e menor tempo de eliminação são as que provocam maior dependência.

Com o uso crónico das BZDs ocorre o desenvolvimento de tolerância, levando a uma necessidade de aumentar a dose para produzir os mesmos efeitos.

De forma a evitar fenómenos de tolerância e dependência, é aconselhável a prescrição em doses baixas e tratamentos com menor duração possível ou administrações intermitentes [18,21]

2.8. Sobredosagem

Em caso de sobredosagem com BZDs podem ocorrer diferentes fases de depressão do SNC, desde sonolência até ao coma.

O flumazenilo é o antídoto em caso de sobredosagem com BZDs. Trata-se de um agonista parcial que provoca a reversão dos efeitos sedativos.

O *National Institute for Clinical Excellence* no Reino Unido (NICE) aconselha o uso de flumazenilo em doentes com diminuição do nível de consciência. Por outro lado, indicam que este fármaco não deverá ser utilizado em doentes dependentes de BZDs. O tratamento com este fármaco deve seguir monitorização constante pelo risco de recorrência de sedação, visto que as BZDs apresentam um tempo de semivida superior ao flumazenilo [18]

2.9. Descontinuação da utilização de benzodiazepinas

Como foi referido anteriormente, o tratamento com BZDs deverá ter a menor duração possível, devido ao risco de tolerância e dependência. A descontinuação da terapêutica é igualmente importante de modo a evitar a síndrome de privação.

A descontinuação deverá iniciar-se com uma redução semanal de 25% da dose até se atingir metade da dose, seguindo-se uma redução de 1/8 a cada quatro a sete dias. Em terapêuticas que excedam as oito semanas, a descontinuação

deverá ser feita durante duas a três semanas e nos casos em que o tratamento é prolongado, a descontinuação poderá demorar dois a quatro meses.

Em casos de descontinuação de BZDs de semivida curta/intermédia (ex. alprazolam, lorazepam, oxazepam) é aconselhado a substituição por doses equivalentes de BZDs com semivida longa (ex. diazepam, clonazepam).

Pode também ser necessário recorre à imipramina, ácido valpróico ou propanolol para diminuir os sintomas de privação [23].

2.10. Consumo de benzodiazepinas – Caso de estudo na *Farmácia d'Arrábida*

Como referi anteriormente, durante o meu período de estágio curricular, foram muitas as vezes com que me deparei com receitas que incluíam benzodiazepinas. Em conversa com os utentes apercebi-me que aquele tipo de medicação era considerada "crónica" para a maioria deles e nenhum assumia que era dependente da medicação mas reconheciam que sem ela eram incapazes de dormir ou de não sofrer de nenhum tipo de ansiedade.

As benzodiazepinas são um grupo terapêutico considerado psicotrópico não podendo ser prescritos em receitas renováveis, ou seja, apenas podem ser prescritos em receitas de duração de trinta dias. Para além deste facto são medicamentos relativamente económicos, mesmo sem a comparticipação do Estado, portanto o utente considera que a necessidade de receita, nestes casos não deveria ser exigida. Cabe ao farmacêutico tentar explicar ao utente a necessidade de procurar alternativas a este tipo de medicamentos, de forma a evitar dependência.

2.10.1. Consumo de Benzodiazepinas em Portugal

Existe um aumento da prevalência da perturbação mental na Europa e em Portugal. Em 2008, um relatório da União Europeia estimava que cerca de 50 milhões de pessoas (11% da população) sofria de algum tipo de perturbação mental. De acordo com o "Estudo Epidemiológico Nacional de Morbilidade Psiquiátrica: prevalência, fatores de risco, carga social e económica e utilização de serviços", Portugal é o país da Europa com maior prevalência de doenças

mentais na população. De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, a frequência de indivíduos em Portugal que reporta sofrer de ansiedade é de 4% e de depressão é de 7%. Estes indicadores confirmam o aumento da utilização e despensa do SNS com os fármacos utilizados nestas patologias [24].

O crescimento de problemas relacionados com saúde mental e física traduzem-se em aumentos na utilização de recursos de saúde e no consumo de medicamentos. A nível da medicação, entre 2004 e 2009, detetou-se um crescimento de 25,3% no consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos [25]

No relatório do Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde, o consumo de BZDs aumentou aproximadamente 26% de 1995 até 2001. Sendo as BZDs mais consumidas o alprazolam, o lorazepam e o diazepam. Estes compostos levantam uma grande preocupação, principalmente o alprazolam e o lorazepam, uma vez que apresentam um elevado potencial de abuso [19].

No relatório de 1999 a 2003, os dados analisados, apontavam para uma diminuição do consumo de BZDs em 1,1%, contudo com um aumento da utilização das BZDs ansiolíticas (3,8%) em detrimento das hipnóticas (-21,9%) [26].

Em dezembro de 2010, foi apresentada a análise da evolução da utilização de psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009. Neste relatório observou-se novamente um crescimento do consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos em 11%. A BZD com maior nível de consumo continuava a ser o alprazolam, com uma tendência crescente, muito provavelmente, pela introdução da formulação de libertação prolongada do alprazolam. O alprazolam, lorazepam e loflazepato de etilo foram os principais fármacos responsáveis pelo crescimento do consumo de BZDs. Verificou-se ainda um aumento na utilização de BZDs ansiolíticas e uma diminuição das hipnóticas, especialmente as de duração intermédia e longa como podemos confirmar observando a figura 6 [24].

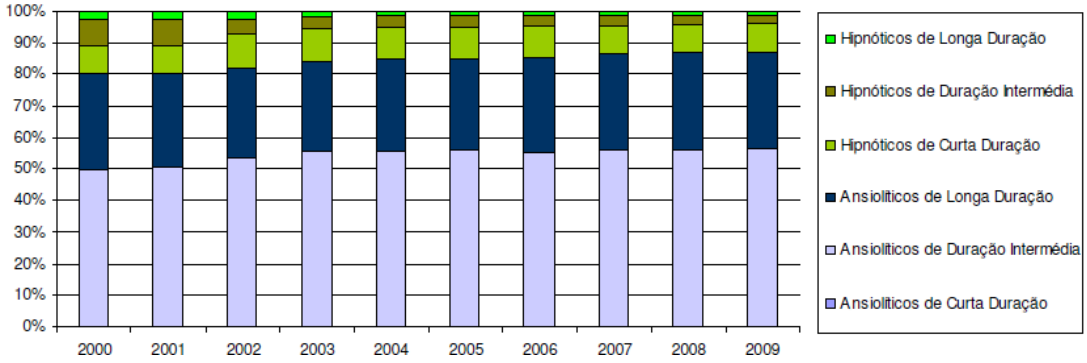


Figura 6 – Evolução do consumo de BDZ entre 2000 e 2009 em função da sua duração de ação. Com o passar dos anos observamos que a utilização de BZD ansiolíticas de duração intermédia tem aumentado, os ansiolíticos de longa duração assim como os hipnóticos de curta duração têm-se mantido as mesmas percentagens de consumo e o consumo de hipnóticos de duração intermédia têm diminuído [24].

Em 2012, o INFARMED apresentou o novo relatório “Psicofármacos: evolução do consumo em Portugal Continental (2000-2012)”. Neste estudo voltou a confirmar-se um crescimento, embora menos acentuado (6%) da utilização de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, continuando mesmo assim a ser o subgrupo de maior consumo. Este aumento pode ser devido a uma “maior acessibilidade aos medicamentos, utilização mais prolongada ou aprovação de novas indicações terapêuticas” [27].

Neste estudo é novamente observado que há um aumento da proporção de BZDs ansiolíticas e uma diminuição das hipnóticas, principalmente de duração intermédia e longa, como podemos verificar observando a figura 7. Observando a figura 8 confirmamos que a substância de maior consumo continua a ser o alprazolam, ficando em segundo lugar o lorazepam.

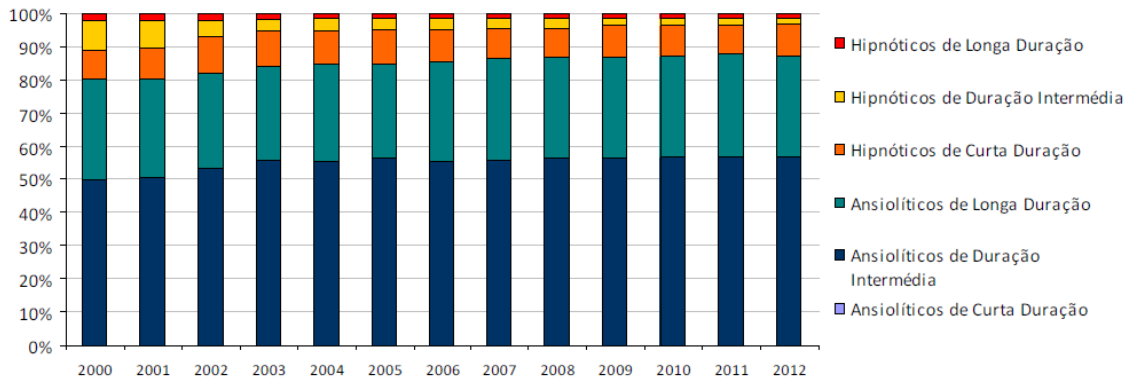


Figura 7 – Evolução do consumo de BZDs entre 2000 e 2012 de acordo com o a família de BZD e a duração de ação. Esta figura valida as conclusões já estabelecidas com a leitura da figura 6, em que as BZD ansiolíticas de duração intermédia têm aumentado e que o consumo de hipnóticos de duração intermédia tem diminuído [27].

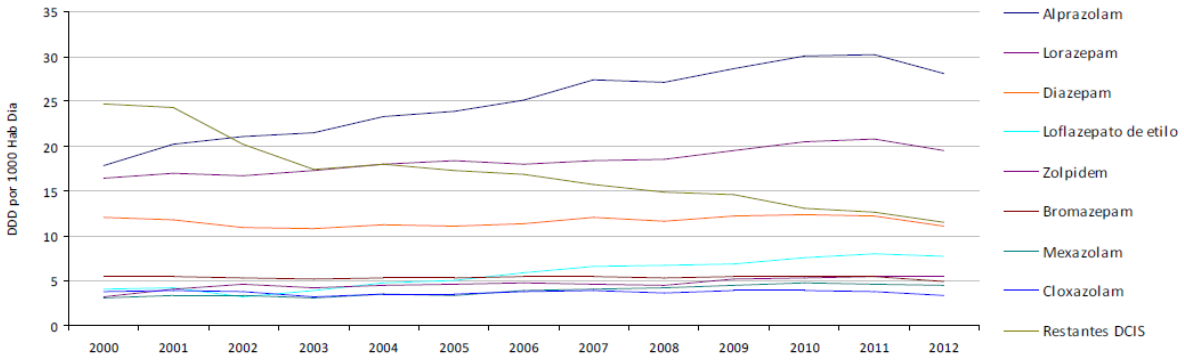


Figura 8 – Evolução do consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos entre 2000 e 2012. O alprazolam passou, a partir de 2002 a ser a BZD mais consumida em Portugal. A maioria das BZDs continua a ter um consumo cada vez maior por parte da população [27].

No ano passado, 2013, a Direção Geral de Saúde revelou dados sobre o Programa Nacional para a Saúde Mental através do relatório “Portugal – Saúde Mental em Números – 2013”. Os resultados evidenciam que em Portugal, comparativamente aos restantes países da EU, os pacientes recorrem três vezes mais a psiquiatras e psicólogos e 1/3 a farmacêuticos, como podemos observar pela figura 9; a maioria das pessoas recorre mais rapidamente à Medicina Geral e Familiar, o que demonstra a importância de melhorar a articulação entre as Equipas Comunitárias de Saúde Mental e os Cuidados de Saúde Primários de modo a potenciar as capacidades de diagnóstico e terapêuticas dos profissionais de Medicina Geral e Familiar [28].

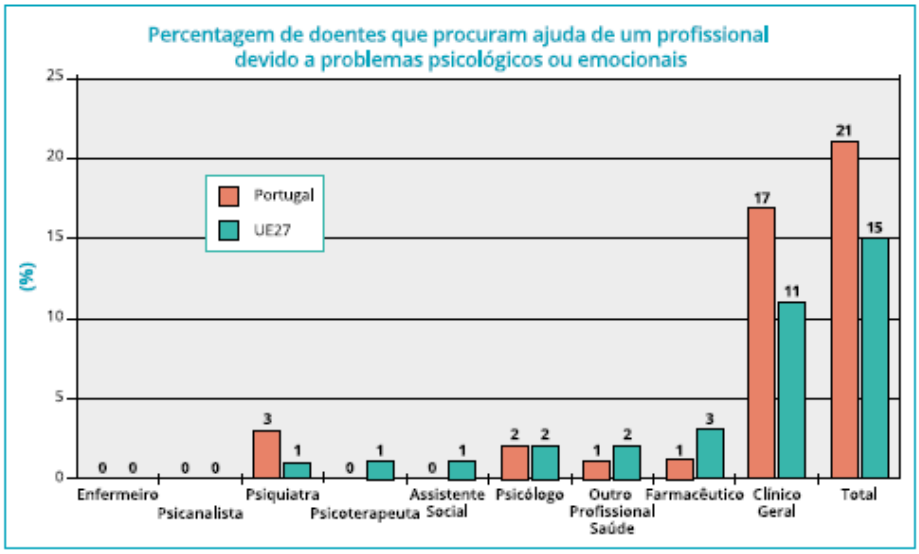


Figura 9 – Percentagem de doentes que procuram ajuda de um profissional devido a problemas psicológicos ou emocionais. Em Portugal, a maioria dos utentes recorre ao Clínico Geral para auxílio numa perturbação psicológica [28].

2.10.2. Recolha de informação

Como dito anteriormente, trata-se de um estudo de caráter descritivo onde toda a informação foi recolhida apenas observando o receituário da primeira semana do mês de junho.

2.10.3. Resultados e discussão

Foram analisadas no total 1620 receitas, referentes ao período de 1 a 8 de junho de 2014, das quais 595 (36,7%) pertencentes ao serviço nacional de saúde (SNS) e as restantes 1025 (63,3%) referentes a hospitais e clínicas privadas. No receituário referente ao SNS, 46 das 595 (7,7%) receitas continham benzodiazepinas, no caso de organismos privados, 89 das 1025 (8,7%) receitas continham benzodiazepinas. Os dados estão apresentados graficamente na figura 10.

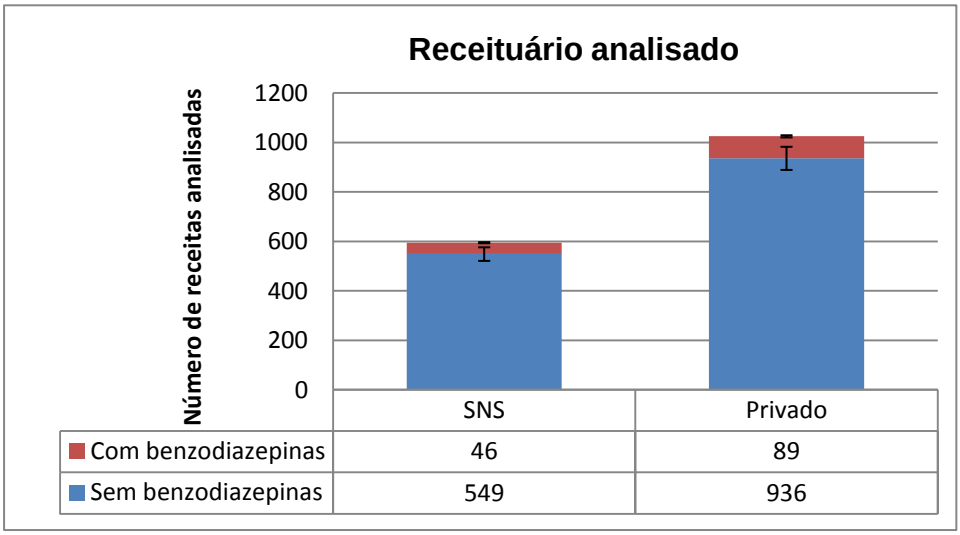


Figura 10 – Percentagem de BZDs presentes no receituário pertencentes ao SNS e ao serviço privado.

Em relação às especialidades médicas que prescrevem benzodiazepinas podemos afirmar que existe uma grande discrepância entre o SNS e o Privado, pelo que observamos na figura 11.

No SNS a maioria das receitas resulta de consultas de Medicina Geral e Familiar (52,2%), psiquiatria (26%), medicina interna (6,5%), neurologia e cardiologia (4,6%) e por fim, cirurgia gera, ortopedia e pneumologia (2,3%).

No privado, a maioria das receitas também de Medicina Geral e Familiar (22,7%), psiquiatria (15,7%) e medicina interna (10,1%). Seguindo-se as especialidades por ordem decrescente de prevalência: neurologia e cardiologia (9%), otorrinolaringologista e medicina dentária (4,5%), ginecologia (3,4%), cirurgia geral, oncologia e ortopedia (2,3%), por fim, gastroenterologia, reumatologia, radiodiagnóstico, medicina desportiva, medicina do trabalho, endocrinologia e nutrição, medicina nuclear e patologia clínica (1,1%).

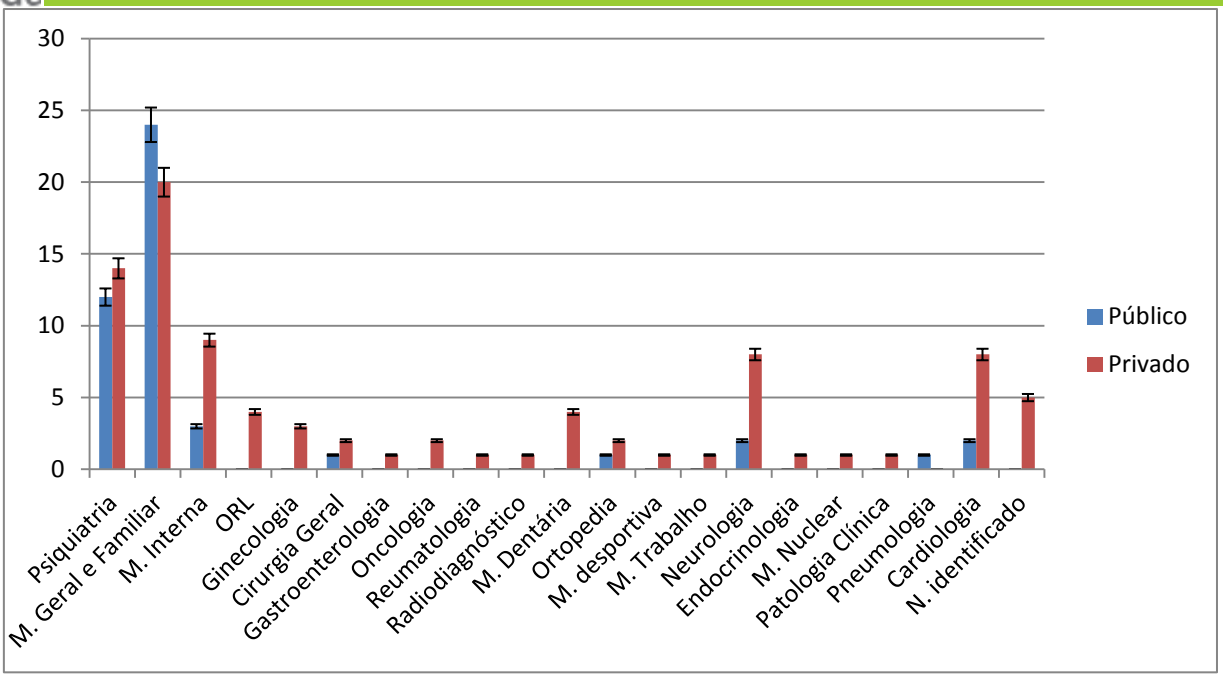


Figura 11 – Diferenças entre as prescrições de BZDs no SNS e no serviço privado, de acordo com as especialidades médicas.

Através destes dados, podemos concluir que no geral as especialidades que maior número de benzodiazepinas prescreve são em primeiro lugar a medicina geral e familiar (35,5%), seguida da psiquiatria (19,3%) em segundo lugar, medicina interna em terceiro lugar (8,9%) e neurologia empatada com cardiologia em quatro lugar (7,4%).

Ao nível das diferenças entre SNS e privado, é de concluir que a maioria das pessoas que recorrer aos serviços privados, normalmente procura consultas de especialidade. Desta forma, coloco a hipótese de que seja por esse motivo que os dados sobre o privado sejam mais dispersos ao nível da especialidade presente nas receitas médicas.

Analisando agora as BZDs mais prescritas através da figura 12, o resultado encontra-se em conformidade com a maioria os resultados obtidos nos estudos apresentados anteriormente. O alprazolam é a BZD mais prescrita (27,8%) seguida do zolpidem (12,8%), diazepam (12,3%) e lorazepam (11,3%). Em menor quantidade temos o loflazepato de etilo (8,9%), bromazepam (6,4%), clonazepam, mexazolam e clobazam (4,9%), cloxazolam (3%) e por fim

clorazepato dipotássico, temazepam e loprazolam (2%).

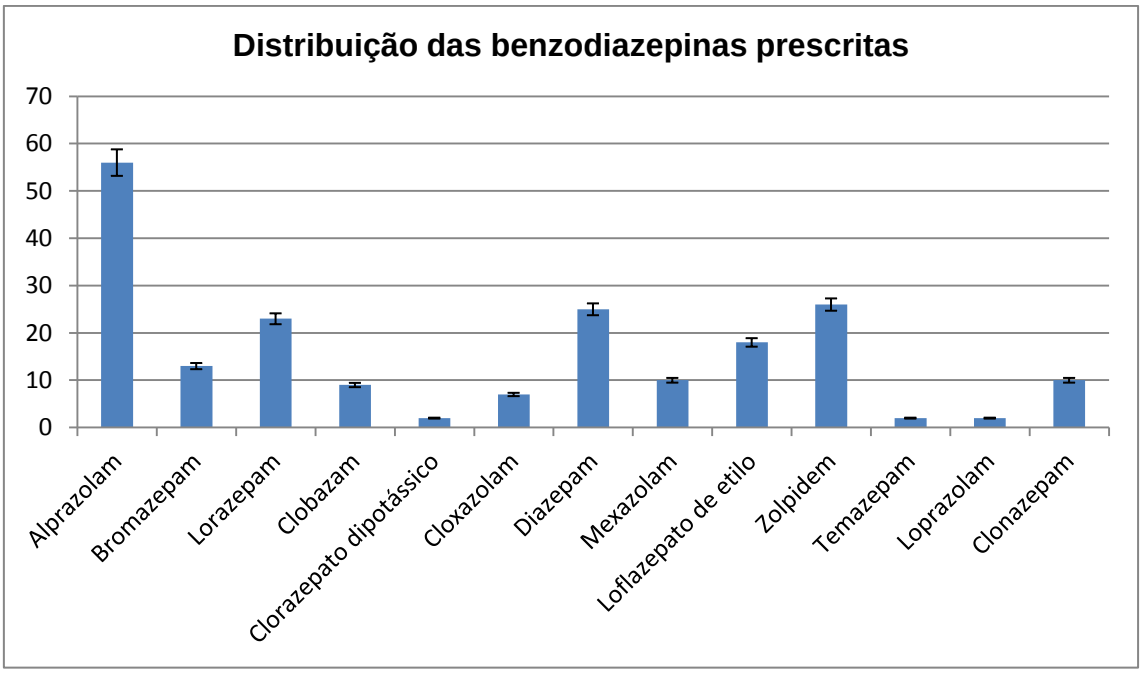


Figura 12 – Distribuição gráfica da quantidade de BZDs prescritas no total.

Por fim, observando a figura 13 em que as BZDs estão agrupadas por mecanismo de ação: ansiolítica intermédia, ansiolítica longa, hipnótica intermédia e hipnótica longa, confirmam-se todos os resultados obtidos nos estudos do Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde. As BZDs de maior consumo são as ansiolíticas com ação intermédia (45,3%), seguidas das ansiolíticas com ação longa (39,9%), hipnóticas de ação curta (12,8%) e hipnóticas de ação longa (2%).

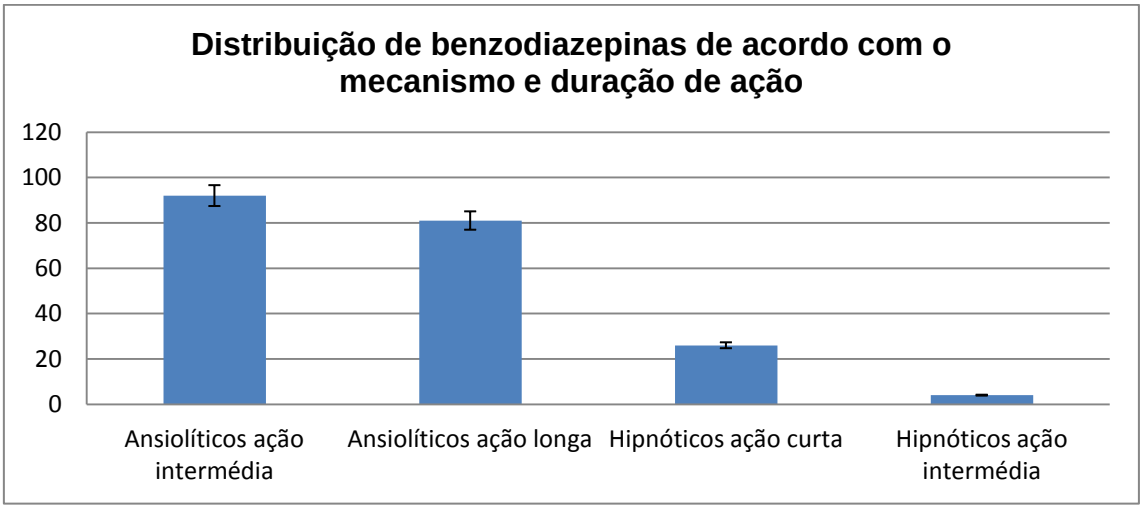


Figura 13 – Distribuição gráfica da quantidade de BZDs prescritas de acordo com o seu mecanismo e duração de ação.

2.10.4. Conclusão

Com este pequeno estudo descritivo realizado com dados de receituário de apenas uma semana, pude verificar tudo aquilo que os relatórios do Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde afirmam. Existe sim uma grande prevalência de benzodiazepinas prescritas em Portugal. As BZDs de ação ansiolítica intermédia são as mais utilizadas e são as que provocam maior dependência.

É necessário criar normativas de forma a melhorar a articulação entre as equipas de saúde nos hospitais e centros de saúde e coordená-las com as farmácias comunitárias, de forma a melhorar a capacidade de resposta ao utente de modo a evitar consumos excessivos e prolongados de BZDs [25].

Contudo, o uso de benzodiazepinas por períodos curtos para indicações específicas como controlo de ansiedade, sedação e destoxificação do álcool tem um valor positivo. O principal problema reside no facto de estes psicofármacos terem um uso impróprio: sem indicações, com duração prolongada, para doentes com risco de suicídio, sem descontinuação cuidada e por múltiplos médicos para um doente [19].

3. Materiais de penso no tratamento de feridas

Durante o meu estágio em Farmácia Comunitária na Farmácia d'Arrábida deparei-me inúmeras vezes com pedidos para aquisição de materiais de penso. Na maioria dos casos, o utente já trazia a indicação médica do apósito a adquirir, contudo necessitava de uma explicação sobre os cuidados a ter, o porque da escolha deste material, entre outros. Por este motivo, decidi que este tema deveria ser mais aprofundado por mim, de forma a poder transmitir uma informação fundamentada aos utentes e tentar esclarecer as suas dúvidas da melhor forma possível.

Nesta revisão bibliográfica apenas me foquei em materiais de penso que usualmente se encontram à venda na farmácia comunitária onde estagiei. Apenas foco os pontos mais importantes de cada material de penso, principalmente a sua função, vantagens e desvantagens e algumas marcas comerciais que podemos encontrar à venda em farmácia.

Primeiramente é necessário que compreender um pouco na constituição da pele, que já foi salientada no trabalho sobre a fotoproteção. Apenas salientar que a pele protege o organismo de agentes externos, sejam eles químicos, físicos ou biológicos, impede a perda excessiva de água, mantém a temperatura corporal, sintetiza vitamina D, e atua como órgão dos sentidos. Quando ocorre uma lesão na pele, estas funções ficam comprometidas [1].

É necessário avaliar a ferida, caracterizando-a. Perceber se se trata de uma ferida infetada, com necrose, localizada, com exsudado faz com que a abordagem terapêutica seja diferente em cada caso.

O papel do farmacêutico passa principalmente em consciencializar o utente e os familiares para a importância de uma boa higiene de forma a evitar complicações durante o tratamento. Assim tentar esclarecer todas as dúvidas em relação ao método de tratamento adotado.

3.1. Causas de dano na pele e o processo de cicatrização

As feridas provocam na pele uma reação imunológica devido a uma falha na sua função como barreira protetora, sendo resultantes de um trauma (mecânico, químico ou físico), de uma cirurgia ou de um processo isquémico e/ou de pressão.

Após a instalação do processo inflamatório, segue-se a cicatrização, que pode ser definida como um percurso fisiológico em que o organismo tenta restabelecer as funções dos tecidos lesionados. Todos os tecidos do nosso organismo são capazes de se autocicatrizar, através da regeneração, em que o tecido lesionado é reposto por replicação de células iguais ou por reparação, em que o tecido lesionado é reposto por tecido conjuntivo, dando origem a uma cicatriz [29].

No caso de uma ferida aguda, o processo de cicatrização ocorre em quatro fases: fase vascular, fase inflamatória, fase proliferativa e fase de maturação. Nas feridas crónicas, a fase vascular pode não existir.

Para a cicatrização da ferida é fundamental existirem diferentes células de cicatrização (plaquetas, neutrófilos, monócitos, macrófagos, queratinócitos, fibroblastos e células endoteliais), mediadores (citoquinas) e formação de matriz extracelular. A cicatrização em meio húmido acelera o processo de cicatrização tanto em feridas agudas como crónicas e promove o crescimento de tecido novo. O meio húmido é ideal para a cicatrização de feridas pois promove o desbridamento autolítico, evita a necrose e desidratação, minimiza a dor e o trauma durante a mudança de penso, reduzindo o risco de aderência do penso ao leito da ferida e por fim, e mais importante, melhora a qualidade de vida do paciente, reduzindo o desconforto e a dor [30].

3.2. Caracterização de Feridas

O tratamento de uma ferida deve ter presente o doente como uma unidade funcional, cujo bem-estar e qualidade de vida são essenciais. Para um correto tratamento da ferida os objetivos deverão ser sempre o controlo dos sintomas e

a prevenção de complicações [29].

3.2.1 Feridas não exsudativas

A ferida não exsudativa apresenta-se em estadio de cicatrização, ou seja, seca e sem exsudado evidente. Dentro deste tipo podemos considerar as feridas necrosadas, as feridas com crosta e as feridas limpas desidratadas.

- ✓ Feridas Necrosadas

Uma ferida designa-se necrosada quando área de tecido lesionado se torna isquémica e portanto temos uma porção de tecido morto rodeado por tecido vivo. Este fenómeno ocorre quando há perda de elementos necessários à atividade celular e pode advir de agressões mecânicas, térmicas, radiações, toxicidade química ou toxinas bacterianas [29].

A presença de tecido necrosado prolonga a fase de cicatrização visto formar uma barreira que impede a epitelização, promove a proliferação bacteriana e prolonga a fase inflamatória. Caso o tecido necrosado não seja removido, a ferida continuará a aumentar de tamanho [31].

- ✓ Feridas com crosta

A crosta consiste na acumulação de células mortas durante a exsudação. Em condições normais, os macrófagos são capazes de remover a crosta, que desaparece à medida que a cicatrização evolui.

- ✓ Feridas limpas desidratadas

A desidratação provoca uma diminuição da rapidez do processo de cicatrização, sendo portanto estas feridas capazes de provocar processos isquémicos, levando a necrose do tecido [29].

3.2.2. Feridas exsudativas

O exsudado de uma ferida resulta de um aumento da permeabilidade capilar, sendo os principais constituintes fluidos que extravasam de vasos sanguíneos. A quantidade de exsudado varia ao longo do processo de cicatrização, existindo em grande quantidade na fase inflamatória, podendo ser indicador da

presença de inflamação. A presença de exsudado pode levar a maceração da epiderme e extensão da ulceração; mudança frequente do material de penso e aumento do risco de infeção [29,31].

3.3. Material de penso

Em 1982, Turner definiu vários critérios que constituiriam um apósito ideal. Eles são [29]:

- Manter alta humidade na interface ferida/penso que provoca um aumento no processo de epitelização e reduz a dor.
- Remover o excesso de exsudado.
- Permitir trocas gasosas.
- Manter temperatura a 37ºC, permitindo a atividade dos macrófagos e mitose durante a granulação e epitelização.
- Impermeável a bactérias, impedindo a contaminação.
- Ser livre de partículas e substâncias tóxicas.
- Manter o pH ótimo de 6,1, promovendo a acidificação da ferida para auxiliar na prevenção da infeção e aceleração do processo de cicatrização.
- Permitir a sua remoção sem causar traumatismo, evitando assim um atraso na cicatrização.
- Boa capacidade de adesão à pele circundante.
- Composto por material hipoalergénico.
- Confortável para o doente.

3.3.1 Penso Absorvente

Neste grupo inclui-se material de penso com capacidade de absorver níveis elevados de exsudado e também reter o mau odor. Em alguns apósitos, o exsudado espalha-se no penso, ocorrendo assim, uma absorção por capilaridade. Em pensos apenas com função absorvente, o exsudado é absorvido como uma esponja, ocorrendo por vezes o extravasamento novamente para o leito da ferida quando o penso fica saturado, podendo provocar maceração no tecido circundante à ferida. No caso dos pensos

interativos, estes ao absorverem o exsudado alteram a sua forma. Alguns deles são constituídos por gel que se molda e retêm o fluido, reduzindo a maceração na zona da ferida [29].

- ✓ Alginatos

Os alginatos derivam de algas castanhas, sendo constituídos por fibras de sais de cálcio do ácido algínico, como podemos observar na figura 14. Estas fibras absorvem rapidamente o exsudado por capilaridade, transformando-se num gel que cria um ambiente húmido, facilitando a cicatrização e permitindo a troca gasosa.

Estes apósitos estão especialmente indicados em feridas muito exsudativas e sangrantes devido à sua grande capacidade de absorção. Facilitam também o desbridamento autolítico e atuam como hemostáticos. Contudo apresentam como desvantagem o facto de a absorção ser feita no sentido horizontal podendo assim provocar maceração na pele circundante.



Figura 14 – Apósitos de alginatos. São de material fibroso que quando em contacto com a ferida tem capacidade de absorver o exsudado formando um gel [30].

Existem várias apresentações disponíveis como o *Kaltostat*® (Convatec) e o 3M *Tegagen*® (3M) [29,30,32].

✓ Espumas de poliuretano

As espumas hidrocelulares apresentam uma elevada capacidade de reter o exsudado pela sua natureza hidrofílica e capacidade de absorção por capilaridade. Promovem também um ambiente húmido no leito da ferida.

Estão indicadas no caso de feridas exsudativas e no alívio da pressão, podendo ser colocadas para proteção das proeminências ósseas pelo facto de serem muito maleáveis, como observamos na figura 15 os diferentes apósitos que podemos encontrar no mercado. Apresentam a mesma desvantagem que os alginatos, ou seja, podem provocar maceração na pele circundante.



Figura 15 – Espumas de poliuretano. Como podemos observar existem vários tipos de apósitos, com diferentes formatos, de acordo com o local onde serão aplicados [30].

Em farmácia podemos encontrar como exemplos o *Mepilex® Border (*Mölnlycke Health Care Professional) e *Tegaderm®3M Foam Adhesive* (3M) [29,30].

✓ Hidrocolóides

São constituídos por uma mistura de carboximetilcelulose, pectina e gelatina. São fibras elásticas, moldáveis e adesivas (figura 16), sendo utilizados em feridas com pouco ou moderado exsudado. Estimulam ainda o desbridamento autolítico e mantêm o meio húmido necessário à cicatrização.



Figura 16 – Apósitos de hidrocolóides. Assim como as espumas de poliuretano, têm vários formatos e dimensões de acordo com a zona corporal a tratar [30].

Existem diferentes apresentações disponíveis em farmácia. Com rebordo temos o *Hydrocoll*® (Hartmann), *Varihesive*® (Convatec) e *Tegasorb*® (3M). Sem rebordo temos o *Askina Biofilm S*® (B. Braun) [29-32].

- ✓ Hidrofibras

São fibras de carboxicelulose sódica que gelificam em contacto com o exsudado da ferida. Têm uma capacidade de absorção superior aos alginatos, assim como retêm o exsudado na vertical evitando a maceração da pele sã circundante. O apósito seco é convertido num gel que não adere à ferida e mantém o ambiente húmido ideal para a cicatrização, promovendo ao mesmo tempo o desbridamento autolítico. Podemos observar a capacidade esxudativa do apósito observando a figura 17.

São utilizados em feridas muito exsudativas como úlceras de pressão e queimaduras de 2ºgrau, assim como em feridas sangrantes.

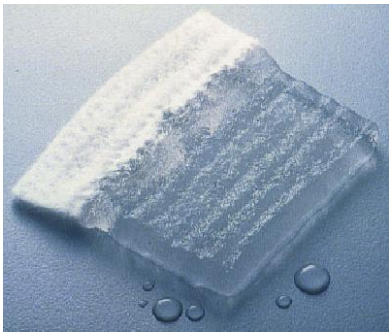


Figura 17 – Penso de hidrofibra. Em contacto com uma ferida exsudada tem a

capacidade de se converter num gel que mantém um ambiente húmido essencial à cicatrização [33].

Existe na farmácia comunitária apenas uma marca comercial: *Aquacel*® (Convatec) [29,30,32].

- ✓ Carvão ativado

Os apósitos de carvão ativado são constituídos por três camadas: a camada que contacta diretamente com a ferida é composta por viscose, a camada intermédia contém o carvão ativado e a camada mais externa é formada por viscose-poliamida que serve de suporte (figura 18).

O carvão ativado tem a capacidade de absorver o exsudado da ferida, de adsorver microrganismos, toxinas e produtos de degradação e de neutralizar odores. É utilizado especialmente em casos de controlo de odores em feridas infetadas e fístulas.



Figura 18 – Apósitos de carvão ativado. Estes pensos têm a capacidade de controlar o odor da ferida [30].

Em farmácia comunitária podemos encontrar o apósito *Askina*® *Carbosorb* (B.Braun) [29,30,32].

3.3.2. Penso Desbridante

✓ Hidrogeles

Os apósitos de hidrogel são constituídos por polímeros hidrofílicos (óxido de polietileno, poliacrilamidas e polivinilpirrolidina), embebidos em água. Devido ao elevado conteúdo em água, que pode chegar a 96%, estes pensos não conseguem absorver grandes quantidades de exsudado, sendo utilizados apenas para hidratar a feridas de forma a manter um ambiente húmido, promovendo a granulação e a epitelização e facilitando o desbridamento autolítico nas feridas com necrose e crosta.

São utilizados especialmente em feridas secas ou necróticas, promovendo assim o desbridamento rápido pela re-hidratação e autólise do tecido morto. Pode ser aplicado em feridas com pouco exsudado, como úlceras da perna, úlceras de pressão e úlceras diabéticas.

As apresentações disponíveis em farmácia comunitária são em gel, como *Askina® gel* (B. Braun) e *Varihesive® Gel* (Convatec), ou em apósito, como *Hydrosorb®* (Hartmann) e *Suprasorb® G* (novamed) [29,32].

✓ Colagenase

A colagenase é uma enzima proteolítica que provoca o desbridamento enzimático do colagénio presente no tecido necrosado. Na farmácia podemos encontrar a *Ulcerase®* (Smith & Nephew) [32].

✓ Poliacrilatos

Os apósitos são constituídos por uma camada exterior de fibras hidrofóbicas e uma camada interior de poliacrilatos impregnados com solução de Ringer. Neste tipo de penso podem ocorrer trocas de fluidos que promovem a limpeza e o desbridamento autolítico da ferida.

Os poliacrilatos como têm afinidade para as proteínas presentes no leito da ferida assim como toxinas e microrganismos, aprisionam-nos no seu núcleo. A solução de Ringer fornece cloreto de sódio, potássio e cálcio à ferida, permitindo uma limpeza interativa sem danificar o tecido.

Em farmácia comunitária podemos encontrar o *Tenderwet 24 active*® (Hartmann) [29,30].

3.3.3. Penso Impregnado

Os pensos impregnados consistem em gazes impregnadas com compostos que promovem a cicatrização.

- ✓ *Triticum vulgare*

Consiste numa gaze impregnada com *Triticum vulgare*, sendo esta substância utilizada devido às suas propriedades angiogénicas. É primariamente utilizado no tratamento de feridas em fase de re-epitelização como queimaduras, úlceras de decúbito e úlceras varicosas. Ajuda também a manter um ambiente húmido na ferida. Apresenta como desvantagem o facto de não ser capaz de absorver exsudados.

Em farmácia comunitária encontrar como apresentação o *Fitocreme*® (Faribérica) [29].

- ✓ Hialuronato de sódio

A compressa de gaze esterilizada é constituída por hialuronato de sódio a 0,05% que promove uma cicatrização mais rápida e angiogénese, e por propilenoglicol 400, glicerol e água purificada que proporcionam um ambiente húmido à ferida, prevenindo a desidratação. Tem utilidade em feridas pouco exsudativas como úlceras da perna, úlceras diabéticas e de pressão [29].

- ✓ Iodo

O apósito consiste numa base de propilenoglicol contendo 10% de iodopovidona, equivalente a 1% de iodo ativo. O iodo tem ação bactericida, sendo libertado do penso em contacto com a ferida. Está indicado para profilaxia e tratamento de pequenas feridas infetadas.

Este tipo de material de penso ajuda a manter um ambiente húmido na ferida mas não absorve exsudados. Outra desvantagem que apresenta é o facto de o iodo, quando aplicado em tratamento prolongado, atrasar a evolução da

cicatrização da ferida, podendo provocar necrose.

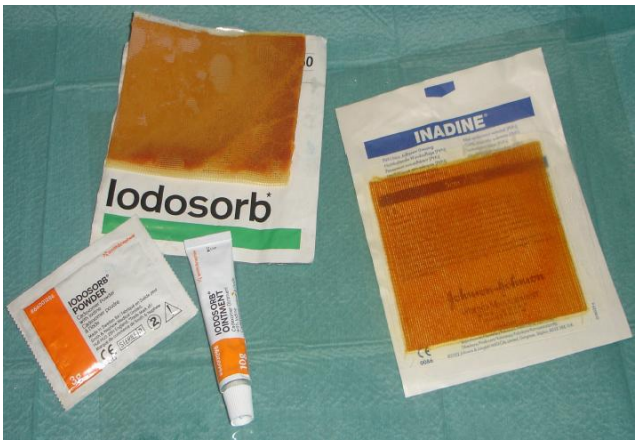


Figura 19 – Diferentes apresentações comerciais de apósitos com iodo. O iodo devido à sua ação bactericida está indicado para tratamento de pequenas feridas infetadas [30].

Em farmácia podemos encontrar *Inadine*® (Johnson & Jonhson) [29,30,32].

- ✓ Clorohexidina 0,5%

A clorohexidina é um antimicrobiano, podendo os pensos impregnados com esta substância serem utilizados no tratamento de feridas infetadas ou na sua prevenção. Existe no mercado com a apresentação *Bactigras*® (Smith & Nephew) [29].

3.3.4. Promotores de cicatrização

- ✓ Emulsão lipídica vitaminada

É uma emulsão óleo/água composta por 75% de água e 25% de componentes ricos em vitaminas (trolamina, óleo de abacate, ácido sórbico, esterato de etilenoglicol, ácido esteárico, palmitato de cetilo, parafina, esqualeno). Está indicada em queimaduras solares, de 1º e 2º grau, feridas traumáticas e cirúrgicas e úlceras de pressão.

Ao aplicarmos esta emulsão ocorre o aumento da microcirculação que promove a reconstrução da ferida pela vasodilatação local. Este promotor de cicatrização inibe a conversão de fibrinogénio em fibrina reduzindo a formação

de crostas. Promove ainda a humidade ideal do leito da ferida.

Em farmácia comunitária encontramos *Biafine*® [30].

- ✓ Ácido hialurónico

O ácido hialurónico é o principal carbohidrato da matriz extracelular, sendo usado em materiais de penso por ajudar na promoção da cicatrização, aceleração da angiogénese e reativação do tecido em granulação. Á medida que o apósito absorve o exsudado da ferida, forma-se um gel que proporciona um ambiente húmido á ferida, ajudando no desbridamento autolítico.

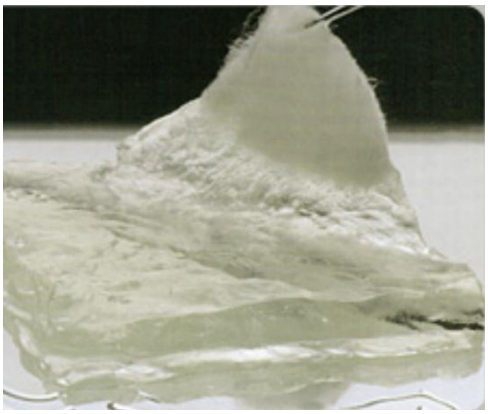


Figura 20 – Apósito com ácido hialurónico. Auxilia no processo de cicatrização, fornece um ambiente húmido à ferida e absorve o exsudado [30].

No mercado português podemos encontrar *Hyalofill*® (Convatec) [29].

- ✓ Colagénio

O colagénio é uma proteína estrutural dos tecidos que, em conjunto com os mucopolissacarídeos e fatores de crescimento, promove a cicatrização, mantém o ambiente húmido na ferida, estimula a angiogénese, promove a proliferação e migração dos fibroblastos, estimula o crescimento dos queratinócitos e atua como uma barreira protetora contra microrganismos. Apenas deve ser utilizado em feridas limpas, sem tecido necrótico e sem infeção.

Na farmácia podemos encontrar *Catrix*® (ICN Portugal, Lda) [29,30].

Em suma, relatei os diferentes tipos de materiais de penso de acordo com a

sua indicação terapêutica e mecanismo de ação, podendo ver de forma esquematizada na tabela 4 o tipo de penso a utilizar de acordo com a sua indicações terapêuticas.

Tabela 4 – Indicações de material de penso de acordo com o seu mecanismo de ação.

Indicação terapêutica	Tipo de penso	Mecanismo de ação
Controlo de odor	• Carvão	Adsorve odores resultantes da atividade microbiana.
Controlo de exsudado	• Alginatos • Espumas • Hidrofibras • Hidrocolóides	Absorvem o excesso de exsudado no leito da ferida, mantendo a humidade ideal para cicatrização.
Controlo da infeção	• Iodo • Clorohexidina	Ação bactericida/bacteriostática em feridas infetadas.
Desbridamento	• Hidrogel • Colagenase • Poliacrilatos	Degradação dos tecidos necrosados através de processos enzimáticos ou autolíticos.
Granulantes/ Epitelizantes	• Hidrocolóides • Hidrogel	Manutenção da humidade no leito da ferida.
Promotores de cicatrização	• Emulsão lipídica vitaminada • Ácido hialurónico • Colagénio	Estimulação do processo de cicatrização por cedência de substâncias endógenas envolvidas na formação e maturação da matriz extracelular.

Parte II

Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

4. Estágio curricular em Farmácia Comunitária – *Farmácia d'Arrábida*

O meu estágio curricular apenas se baseou em farmácia comunitária, tendo a duração de 6 meses, decorridos entre janeiro e julho de 2014 na *Farmácia d'Arrábida*, localizada no centro comercial Arrábida Shopping em Vila Nova de Gaia. Durante este período tive o primeiro contacto com a atividade profissional, tendo iniciado a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos nos 5 anos de curso, com o acompanhamento do tutor de estágio, Prof. Dr. Paulo Lobão e a orientadora de estágio, diretora técnica da farmácia, Dra. Maria Adelaide Tavares da Silva.

Nesta fase de transição, desenvolvi competências essenciais à atividade farmacêutica. Contactei com as várias vertentes relacionadas com o mercado farmacêutico, como por exemplo, os distribuidores e delegados de informação médica. Contactei com as diversas atividades que todos os dias ocorrem dentro de uma farmácia comunitária, como a receção de encomendas, organização de receituário, determinação de parâmetros bioquímicos, dispensa de medicamentos assim como aconselhamento farmacêutico. Todas estas tarefas foram sempre realizadas na presença de um responsável sob alçada da diretora técnica da farmácia.

4.1. Organização da Farmácia

A farmácia comunitária é uma unidade enquadrada no sistema nacional de prestação de cuidados de saúde, regulada por uma legislação própria, cujo principal objetivo consiste em servir a comunidade com a melhor qualidade possível. Todas as farmácias comunitárias devem dispor de instalações apropriadas de forma a garantir toda a segurança, conservação e preparação de medicamentos, assim como ter boa acessibilidade e comodidade para os utentes.

4.2. Localização e horário de funcionamento

A *Farmácia d'Arrábida* localiza-se no centro comercial Arrábida Shopping em Vila Nova de Gaia, tendo uma grande proximidade ao Hospital d'Arrábida

contribuindo assim para uma grande comodidade por parte dos utentes desta unidade de saúde no acesso ao medicamento. Pelo facto de se encontrar num centro comercial, esta farmácia tem um horário alargado, das 9h às 23h de domingo a quinta, e das 9h às 24h às sextas, sábados e vésperas de feriado. Durante o meu estágio, fiz horários rotativos, o que me permitiu contactar com diferentes "tipos" de clientes e estar presente nos picos de afluência.

4.3. Recursos humanos

Os recursos humanos são fundamentais para uma boa prestação de serviços de qualidade numa farmácia. Ao ser fornecido um serviço com atendimento personalizado e cuidado a cada utente, garantimos a sua fidelização para que seja feito um correto acompanhamento farmacêutico e existir uma melhor prestação de cuidados de saúde.

Uma farmácia comunitária deve dispor, pelo menos, de dois farmacêuticos, que podem ser coadjuvados por técnicos auxiliares. É obrigatória a existência de uma diretor técnico que garanta o correto funcionamento da farmácia, assim como o cumprimento dos princípios e deveres da legislação reguladora da atividade farmacêutica e que assume a responsabilidade pelos atos farmacêuticos praticados na farmácia. É obrigatória também a presença de um farmacêutico que substitua o diretor técnico, caso seja necessário.

Pelo horário de funcionamento, assim como dimensão, a *Farmácia D'Arrábida* dispõe de uma vasta equipa de colaboradores, representado na tabela 5.

Tabela 5 – Recursos Humanos da *Farmácia d'Arrábida*.

Diretora Técnica	Dra. Maria Adelaide Tavares da Silva
Farmacêuticos	Dr. Tiago Ramos Dra. Maria José Ló Dra. Ivete Fernandes Dra. Marta Valdrez Dra. Helena Ferreira Dra. Ana Moura Dra. Eva Barros Dra. Rosa Silva Dr. Vítor Braz Dr. Miguel Moura
Técnicos Auxiliares	Carolina Alexandre Cláudio Sousa

	Ricardo Tavares Alexandre Oliveira
Conselheiras de Dermocosmética	Dina Ferreira Cláudia Vasconcelos Tatiana Amaral
Auxiliares Administrativos	Ana Gil Carla Gouveia António Sousa
Enfermeira	Joana Alves
Auxiliar de Limpeza	Albertina Silva

4.4. Sistema Informático

Para que uma farmácia tenha um bom funcionamento, um sistema informático adequado é essencial. O sistema informático que a farmácia utilizava era o 4DCARE®, implementado no início do ano de 2014. Consiste num sistema informático de uso bastante acessível que permite rapidamente ver a gestão de stocks, vendas, faturação, listagens para inventário e consultar dados estatísticos. Existem ainda a possibilidade de criar fichas de cliente facilitando assim um seguimento terapêutico do utente. Em todas as tarefas por mim realizadas, desde o início do estágio, sempre me auxiliei no programa e das suas diversas funções.

4.5. Fontes de Informação

Sempre que existe alguma dúvida na cedência de um medicamento, é necessário dispor prontamente de fontes de informação fidedignas que contenham todos os esclarecimentos sobre indicações terapêuticas, contraindicações, interações medicamentosas, posologia e precauções no uso do medicamento.

A Farmácia D'Arrábida tem vários documentos atualizados e organizados que podem ser utilizados como fonte de informação sobre medicamentos, seja em formato digital ou em papel, sendo eles:

- Prontuário Terapêutico
- Farmacopeia Portuguesa
- Simposium Terapêutico
- Resumo das Características dos Medicamentos

4.6. Encomendas e Aprovisionamento

Na primeira etapa do meu estágio, contactei mais com a zona do armazém, onde ocorre a receção e verificação de encomendas. Foi neste período inicial que tive um maior contacto com os medicamentos, as marcas comerciais assim como a vasta gama de produtos genéricos. Também tive contacto com os produtos de dermocosmética, suplementos alimentares, produtos dietéticos e dispositivos médicos.

No caso de medicamentos os principais armazenistas que fornecem a Farmácia D'Arrábida são a Cooprofar, Alliance Healthcare, OCP e Cofanor. Contudo também procedi à receção de encomendas pedidas diretamente aos laboratórios.

4.6.1. Receção de encomendas

Para cada encomenda que chegava à farmácia existia um protocolo de receção. Primeiro era necessário verificar as condições de entrega, os produtos eram contabilizados e era dada a entrada da encomenda no sistema informático, onde se registava o preço de custo (preço ao qual os produtos foram adquiridos), o PVP (preço de venda ao público) e prazos de validade (este campo era apenas alterado quando o produto rececionado tivesse um prazo de validade menor). No final, todos os stocks eram atualizados e as faturas arquivadas em local próprio.

4.6.2. Arrumação

A Farmácia D'Arrábida encontra-se equipada com um sistema automático de dispensa de medicamentos, sendo que entre as várias embalagens do mesmo produto, as primeiras a serem dispensadas serão sempre as de menor prazo de validade. Apenas não eram colocados no robot APOSTORE®, embalagens de dimensões superiores ou embalagens frágeis, como ampolas e xaropes.

Desde os primeiros dias de estágio que me foi incumbida a função de armazenar medicamentos no robot, assim como repor produtos expostos ao público, estando estes sempre organizados por áreas, como por exemplo:

produtos de puericultura, ortopedia, higiene oral e dermocosmética. Também os medicamentos não sujeitos a receita médica que possam ser objeto de publicidade, também ficavam expostos. Com esta função, pude ficar a conhecer melhor a maioria dos produtos à venda assim como quando passei a fazer dispensa de medicamentos, o facto de já conhecer as suas localizações na loja, permitiu que fizesse um atendimento mais rápido e com maior precisão.

4.7. Gestão de stocks

Uma das tarefas delegadas ao farmacêutico consiste na gestão de stocks e aprovisionamento de medicamentos assim como outros produtos de saúde tendo sempre em conta diversos aspetos relacionados com marketing, como a localização da farmácia, as características da população e da prescrição médica, a rotatividade dos produtos, altura do ano e, nunca esquecendo, a capacidade de armazenamento da farmácia.

Na Farmácia d'Arrábida eram realizadas encomendas duas a três vezes por dia aos principais fornecedores de todos os produtos em falta, sendo estes, sempre assinalados com um intervalo de stock mínimo e máximo consoante a sua rotatividade. Estes pedidos diários asseguravam a existência de produto de modo a suprimir as necessidades dos utentes. Para produtos com alta rotatividade as aquisições eram feitas diretamente ao laboratório, que para a farmácia oferece condições comerciais mais vantajosas pela compra de grandes quantidades.

Nos casos em que o produto se encontrava em falta, poderia encomendar-se via telefone ou gadget esse mesmo produto a um dos grossistas, ficando uma reserva em nome do cliente para posterior levantamento.

4.8. Preço dos medicamentos

Foi recentemente publicado o Decreto-Lei nº19/2014, de 5 de fevereiro, que aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos. Com esta nova legislação, o Governo Português espera uma redução nos gastos públicos com medicamentos assim como incentivar a venda de produtos farmacêuticos a preços mais baixos de forma a garantir uma

maior acessibilidade dos utentes ao medicamento. Este mesmo diploma estabelece um novo regime de cálculo das margens de comercialização para grossistas e farmácias, como podemos analisar pela tabela 6. Estabelece ainda um prazo de escoamento único de 90 dias para os medicamentos que, à data da sua entrada em vigor, já se encontrem nos distribuidores ou nas farmácias [34].

Tabela 6 – Margens de comercialização para Grossistas e Farmácias Comunitárias [34].

	Grossistas	Farmácias
PVA igual ou inferior a 5€	2,24%, calculada sobre o PVA, acrescido de € 0,25	5,58%, calculada sobre o PVA, acrescido de € 0,63
PVA de 5,01 a 7€	2,17%, calculada sobre o PVA, acrescido de € 0,52	5,51%, calculada sobre o PVA, acrescido de € 1,31
PVA de 7,01 a 10€	2,12%, calculada sobre o PVA, acrescido de € 0,71	5,36%, calculada sobre o PVA, acrescido de € 1,79
PVA de 10,01 a 20€	2,00%, calculada sobre o PVA, acrescido de € 1,12	5,05%, calculada sobre o PVA, acrescido de € 2,80
PVA de 20,01 a 50€	1,84%, calculada sobre o PVA, acrescido de € 2,20	4,49%, calculada sobre o PVA, acrescido de € 5,32
PVA superior a 50€	1,18%, calculada sobre o PVA, acrescido de € 3,68	2,66%, calculada sobre o PVA, acrescido de € 8,28

Durante o meu estágio, houver uma grande alteração nos preços dos medicamentos sendo portanto necessário escoar os produtos com preço anterior antes da dispensa do que já foram adquiridos com o novo preço.

Com as alterações de preços, foi necessário arranjar um método para proceder

ao escoamento dos medicamentos com o preço anterior que se encontravam armazenados no robot, mesmo que estes medicamentos tivessem um prazo de validade superior aos de novo preço. Todas as embalagens com o preço anterior eram retiradas do robot. Ao dar novamente entrada, em vez do prazo de validade real, entravam com o prazo de validade correspondente ao final do período permitido para o escoamento e as embalagens com o preço novo já poderiam ser inseridas com o prazo de validade verdadeiro, sendo que a primeira embalagem a ser introduzida com o preço novo ia marcada com uma etiqueta. Esta estratégia permitia que as embalagens com preço anterior fossem dispensadas em primeiro lugar. No momento da dispensa ao utente da embalagem do novo preço alterava-se o preço no sistema informático.

Todo este processo exigia uma grande atenção e muito tempo disponibilizado para a receção e armazenamento dos medicamentos para que não ocorressem erros. Alguns utentes, no momento da dispensa estranhavam a diferença de preços dos medicamentos, comparando com aquisições anteriores, sendo explicadas as alterações em execução.

4.9. Produtos existentes na Farmácia Comunitária

A Farmácia é obviamente um espaço de aquisição de medicamentos por excelência, contudo, cada vez mais, se apresenta como um local onde se encontra uma grande variedade de produtos que vão de encontro com as necessidades dos seus clientes. Podemos por isso, encontrar medicamentos sujeitos ou não a receita médica, produtos e medicamentos veterinários, produtos e medicamentos homeopáticos, produtos naturais, dispositivos médicos, suplementos alimentares e produtos de alimentação especial, produtos cosméticos e de higiene e artigos de puericultura.

4.9.1. Medicamentos

O Decreto-Lei nº128/2013, de 5 de setembro, que define o Estatuto do Medicamento, indica que um medicamento é *"toda a substância ou composição que possua propriedades curativas ou preventivas das doenças e dos seus sintomas, do homem ou do animal, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as suas funções fisiológicas"* [35].

Seguindo esta linha de pensamento, o uso de medicamentos deve obedecer a normas concretas aos quais os profissionais de saúde, através da prescrição médica ou da dispensa pelo farmacêutico, ficam obrigados a respeitar. Assim como devem ter sempre presente o princípio do uso racional de medicamentos tendo em vista o interesse do doente e da saúde pública.

Relativamente à dispensa, os medicamentos podem ser classificados em três grupos: medicamentos sujeitos a receita médica, medicamentos não sujeitos a receita médica e por fim, e de acordo com a nova alteração ao Estatuto do Medicamento, *"medicamentos não sujeitos a receita médica que, atendendo ao seu perfil de segurança ou às suas indicações, apenas devem ser dispensados em farmácias".* Cabe ao INFARMED criar uma lista de medicamentos que integram esta nova subcategoria e quais os protocolos de dispensa, permitindo que a dispensa dos medicamentos incluídos nesta categoria se *"processe ao abrigo da responsabilidade de uma direção técnica, com base em critérios técnico-científicos e deontológicos e em cumprimento com os protocolos de dispensa aplicáveis, em local em que há garantia da presença permanente de um responsável farmacêutico, sendo a dispensa em farmácia de oficina a única forma de garantir todas estas condições"* [35].

No grupo dos medicamentos sujeitos a receita médica estão incluídos todos aqueles que podem constituir um risco para a saúde do doente caso sejam utilizados sem vigilância médica, com frequência e em quantidades superiores aos limites terapêuticos, assim como medicamentos administrados por via parentérica.

Em determinadas doenças ou para tratamentos prolongados, os medicamentos podem ser prescritos em receitas médicas renováveis, de forma a serem adquiridos três vezes no espaço de seis meses, sem necessidade de nova prescrição médica.

No caso de substâncias consideradas estupefacientes, psicotrópicas ou subtâncias que possam, no caso de utilização incorreta, provocar abuso, dependência ou serem utilizadas para fins ilegais, estão sujeitas a receita médica especial.

4.9.2. Preparações Oficinais e Magistrais

Um preparado oficinal é *"qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais, de uma farmacopeia ou de um formulário, em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço*" [36].

Os medicamentos manipulados constituem ainda uma percentagem pequena no sector da farmácia comunitária, embora cada vez mais prescrições médicas os contenham, obtendo-se assim uma terapêutica personalizada para o doente.

Todas as operações de preparação e controlo de qualidade de medicamentos manipulados devem ser realizadas por profissionais com formação e experiência, em local com iluminação, temperatura e humidade controlados, que respeitem todas as boas práticas no que diz respeito a condições de higiene, assim como equipamentos adequados e em perfeito estado.

Durante o meu período de estágio na Farmácia d'Arrábida, pode observar por diversas vezes a execução de medicamentos manipulados, contudo não tive um papel ativo na execução de nenhum deles.

4.9.3. Medicamentos e produtos homeopáticos

Pela sua designação, um medicamento homeopático é todo o "*medicamento obtido a partir de substâncias denominadas stocks ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado Membro, e que pode conter vários princípios"* [37].

Os produtos homeopáticos são classificados como medicamentos não sujeitos a receita médica, sendo que não apresentam na rotulagem qualquer indicação terapêutica ou informação relativa ao medicamento. São administrados por via oral ou aplicação tópica e apresentam um grau de diluição que garante a inocuidade do produto, não contendo por isso mais de 1/10000 de tintura-mãe, nem mais de 1/100 da mais pequena dose utilizada em alopatia, para substâncias ativas que estando presentes em medicamentos alopáticos,

obriguem a receita médica. Durante o meu estágio curricular, em nenhuma ocasião me foi solicitada a venda de um medicamento ou produto homeopático, embora tivéssemos algumas apresentações em stock.

4.9.4. Dispositivos médicos

Dispositivos médicos são utilizados para fins semelhantes aos dos medicamentos tais como prevenir, diagnosticar e tratar uma doença humana. Atingem os seus fins através de mecanismos físicos ou mecânicos, sem recurso a uma substância ativa [38,39].

São considerados dispositivos médicos ligaduras, fraldas e pensos para incontinência, meias de compressão, pensos para tratamento e/ou proteção de feridas, cadeiras de rodas, instrumentos cirúrgicos, seringas e agulhas, lentes de contacto, próteses ortopédicas, óculos de correção, luvas de exame, entre outros.

Como a farmácia se localiza nas imediações do Hospital d'Arrábida, a procura de meias de compressão era diária, assim como materiais de penso. Visto que durante a minha formação académica, não frequentei nenhuma unidade curricular de dispositivos médicos, considerei essencial aprofundar o meu conhecimento acerca dos materiais de penso para feridas. Este foi um dos temas que desenvolvi durante o meu estágio curricular e que me permitiu ter um conhecimento muito mais alargado sobre o tema de forma a conseguir aconselhar o utente sobre este tipo de dispositivos.

4.9.5. Suplementos Alimentares

Os suplementos alimentares são considerados géneros alimentícios comuns, apesar de terem uma forma de apresentação doseada. Desta forma, todos eles são regulados pelo Ministério da Agricultura, Mar, Ambiente e Ordenamento do Território, assim como os alimentos. Existem normas que indicam que nenhum fabricante pode atribuir a uma suplemento alimentar propriedades profiláticas, de tratamento ou cura de patologias, ao contrário do que se sucede com os medicamentos.

Têm como função suplementar e/ou complementar um regime alimentar

normal, nunca substituindo uma alimentação variada. Na sua constituição encontramos vários nutrientes como vitaminas, aminoácidos, minerais, ácidos gordos essenciais, fibras e extratos de plantas. São comercializados em forma doseada, como cápsulas, pastilhas, comprimidos, saquetas de pó, ampolas de líquido ou frascos conta-gotas, destinando-se a ser tomados em unidades de medida de quantidades reduzidas.

Os suplementos alimentares eram dos produtos mais solicitados na farmácia e sobre os quais o farmacêutico tem a capacidade de melhor auxiliar o utente na escolha de um em detrimento dos outros. Existem várias marcas no mercado, e cada uma delas com diversos produtos, de acordo com as faixas etárias, género e patologias associadas.

4.9.6. Produtos de alimentação especial

Estes produtos são regulados pelo Ministério da Agricultura, Mar, Ambiente e Ordenamento do Território, da mesma forma que os suplementos alimentares. Apresentam uma composição dita especial ou que necessitam de processos especiais no fabrico, distinguindo-se assim dos alimentos comuns, sendo portanto adequados a necessidades específicas para determinadas pessoas como por exemplo:

- ✓ Pessoas em que o processo de assimilação e metabolismo dos alimentos esteja alterado, como é o caso de diabéticos, intolerantes ao glúten, ou ainda alimentos com fins medicinais específicos;
- ✓ Pessoas com condições fisiológicas especiais que poderão ter um maior benefício na ingestão controlada de determinadas substâncias, como por exemplo, consumo de alimentos de baixo valor energético por pessoas com excesso de peso.

A venda deste tipo de produtos não apresenta qualquer limitação relativamente aos estabelecimentos, contudo, o consumo deste tipo de alimentação especial deve ter sempre uma indicação e supervisão médica.

A maioria dos produtos solicitados eram alimentação suplementar em lactentes de baixo peso, prematuros ou intolerantes à lactose e doentes acamados.

4.9.7. Produtos cosméticos e de higiene pessoal

Os produtos cosméticos e de higiene pessoal englobam todos os produtos que se destinam a entrar em "contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto e ou proteger ou os manter em bom estado e ou de corrigir os odores corporais" [40].

Este tipo de produtos representam uma área de grande dimensão na Farmácia d'Arrábida, tendo por isso sempre ao dispor do cliente três conselheiras de dermocosmética. Contudo, o papel do farmacêutico, também nesta área é imprescindível, devendo sempre manter-se atualizado e dominar os conhecimentos na área.

Uma parte do meu estágio passou por acompanhar de perto as conselheiras de dermocosmética de forma a garantir algum domínio sobre as marcas presentes na Farmácia. Foi sem dúvida e continua a ser, uma das áreas em que tenho maior interesse, principalmente nos produtos relacionados com as afeções da pele, como o caso da dermatite atópica, dermatite seborreira e psoríase.

4.9.8. Medicamentos e produtos veterinários

"Os medicamentos veterinários são um bem público e recursos cruciais para a defesa da saúde e do bem-estar dos animais e para a proteção da saúde pública, sendo igualmente um instrumento de salvaguarda das produções animais, com impacto considerável na economia das explorações agropecuárias e das alimentares" [41].

Na Farmácia D'Arrábida existe um espaço animal, onde há uma grande variedade de produtos veterinários, como por exemplo, desparasitantes internos e externos, antibióticos, analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides, pílula contracetiva, alimentação especial, produtos de higiene oral e corporal.

No início do meu estágio apercebi-me que existia uma lacuna na minha formação académica nesta área. Seria uma mais-valia para o estudante e

futuro profissional de saúde adquirir conhecimentos na área da veterinária, que cada vez mais vai ganhando um lugar de destaque na farmácia comunitária.

4.10. Receituário e Faturação

Após o período inicial de estágio no local de receção e armazenamento de encomendas, contactei durante algum tempo com o receituário e faturação, de forma a me ambientar com a nova legislação sobre as Normas de Dispensa e a separar, organizar e entregar receituário aos diferentes organismos.

Todas as receitas aviadas na farmácia, são posteriormente verificadas para detetar possíveis erros. Durante este período pude aprender quais os parâmetros obrigatórios que uma receita deve conter, em que condições pode ou não ser feita a dispensa dos medicamentos, os diferentes organismos de comparticipação assim como os regimes de complementaridade existentes.

4.10.1. Validação de receituário

Segundo a Portaria n.º 24/2014, de 31 de janeiro, que regula o procedimento de pagamento da comparticipação do Estado no preço de venda ao público dos medicamentos dispensados a beneficiários do SNS, para que uma receita seja considerada válida tem que conter obrigatoriamente os seguintes dados: número da receita, identificação do prescritor, incluindo a vinheta ou entidade requisitante, nome e número de utente; medicamento e quantidades; data de prescrição, período de validade, entidade responsável pelo pagamento e assinatura do médico [42].

Tabela 7 – Percentagem de comparticipações para os medicamentos [42].

Escalão	Percentagem de comparticipação sobre o PVP
A	90
B	69
C	37
D	15

O SNS é a entidade de comparticipação mais comum, contudo existem muitos outros organismos e subsistemas de comparticipação de medicamentos. A cada entidade corresponde um código informático, que é digitado pelo farmacêutico no aviamento da receita consoante a informação nela descrita e o cartão de beneficiário do utente. É sempre necessário ter em atenção a validade dos cartões de beneficiário assim como a menção na própria receita de alguma portaria ou despacho, que altera o valor de comparticipação dos medicamentos. Na farmácia existe um Dossier de Acordos, elaborado pela ANF, em que podemos consultar todos os acordos existentes com os diferentes subsistemas de saúde.

De acordo com as novas Normas de Dispensa de Medicamentos, quando na receita médica a dimensão da embalagem não vem descrita ou até mesmo a dosagem, é apenas válida a dispensa da embalagem de menor dimensão possível e de menor dosagem. Nos casos em que as embalagens de encontrem esgotadas, deve dispensar-se ao utente a embalagem de dimensão imediatamente inferior, caso exista, senão, será dispensada a única apresentação disponível quando de dimensão superior. Todas estas dispensas devem ser justificadas no verso da receita pelo farmacêutico responsável pelo aviamento da receita.

Após a dispensa dos medicamentos, devem constar no verso da receita, impressos informaticamente, o preço total de cada medicamento e o valor total da receita, o encargo para o utente e a comparticipação do organismo em valor, por medicamento e o respetivo total, data da dispensa, códigos do medicamentos, assinatura do responsável pela dispensa, data e carimbo da farmácia. O utente deve confirmar os medicamentos que lhe foram dispensados, assinando a receita.

4.10.2. Faturação

Após todas as receitas serem verificadas, são entregues ao Centro de Conferências de Faturas (CCF), organizadas em lotes constituídos por 30 receitas do mesmo organismo. Os lotes são identificados através de verbetes de identificação de lote. Nos verbetes a farmácia deve registar o nome e código

da farmácia, o mês e ano da fatura, o tipo e número de lotes com a indicação da importância total, valor pago pelo utente e pago pelo organismo. Deve conter ainda informação sobre cada receita que constitui o lote, como o número da receita, importância paga pelo doente e paga pelo organismo.

Quando é verificado pelo CCF alguma desconformidade na receita, é enviada à farmácia um resumo com o valor das desconformidades, a sua justificação e os documentos que correspondem às desconformidades. Estas podem ser corrigidas no prazo máximo de 60 dias após a devolução e a farmácia tem também a possibilidade de constestar essas mesmas desconformidades num prazo de 40 dias após a receção do documento.

No dia 10 do mês seguinte ao do envio da fatura mensal, o Estado, através da Administração Regional de Saúde (ARS), procede ao pagamento dos montantes indicados.

Esta é uma área da atividade farmacêutica de enorme responsabilidade, pois o não cumprimento de todos os critérios exigidos significa o não pagamento das comparticipações, causando uma grande prejuízo para a farmácia.

4.11. Dispensa de medicamentos

Na última etapa do meu estágio procedi à dispensa de medicamentos ao utente, sendo sempre acompanhada por um farmacêutico que me auxiliava e orientava. Todas as etapas até então se mostraram bastante úteis para que o meu desempenho fosse satisfatório, sabia por exemplo, localizar imediatamente os produtos e verificar se a receita estava conforme.

4.11.1. Regras da prescrição

No presente ano, foi alterada a Portaria referente às Normas de Dispensa de Medicamentos. Esta portaria indica que cada receita médica pode conter até quatro medicamentos distintos, não podendo o número total de embalagens ultrapassar o limite de duas por medicamento, nem o total de quatro embalagens, excetuando-se os medicamentos apresentados sob a forma de embalagem unitária, que podem ir até um total de quatro [42].

A prescrição deve ser efetuada via eletrónica, podendo ser substituída por prescrição manual em caso de falência do sistema informático, inadaptação fundamentada do prescritor, prescrição ao domicílio e outras situações até um máximo de quarenta receitas médicas por mês.

No caso de prescrição de medicamentos estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, estes não podem constar da mesma receita que os outros medicamentos.

4.11.2. Prescrição por Denominação Comum Internacional

A legislação que suporta a prescrição médica foi alterada, dando entrada em vigor a 01/03/2014, de modo a promover a prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI). Esta medida centra a prescrição na escolha farmacológica, permitindo a utilização racional dos medicamentos, através do incentivo à utilização de medicamentos genéricos [42].

Esta legislação permite ao utente a opção de escolha, tendo um papel mais ativo na sua terapêutica assim como uma poupança acentuada em medicamentos tanto para o utente como para o Estado. Contudo, em situações justificadas, o médico pode optar por determinada marca de medicamentos, em função do contexto clínico do doente.

Assim sendo, a prescrição de um medicamento inclui obrigatoriamente a respetiva DCI da substância ativa, forma farmacêutica, dosagem, apresentação e posologia. Em algumas exceções, a denominação comercial do medicamento pode estar incluída, em casos de não existência de medicamentos genéricos ou justificação técnica por parte do prescritor quanto à impossibilidade de substituição do medicamento prescrito. Estas exceções são de indicação obrigatória, em local próprio e incluem:

a) Prescrição de medicamento com margem ou índice terapêutico estreito, nomeadamente ciclosporina, levotiroxina sódica e tacrolímus;
b) Reação adversa prévia, ou seja, suspeita de intolerância ou reação adversa a um medicamento com a mesma substância ativa mas com outra denominação comercial;

c) Prescrição de medicamentos destinados a tratamentos de continuidade, com duração superior a 28 dias.

A prescrição por DCI permite ao utente ter opção de escolha, sendo que no ato da dispensa deve ser informado sobre o medicamento comercializado que, cumprindo a prescrição, apresente o preço mais baixo. Contudo, este direito de opção está barrado no caso das exceções a) e b), sendo que apenas a exceção c) permite que o utente opte por um medicamento de preço igual ou inferior ao prescrito.

4.11.3. Ato de dispensa

O ato da dispensa é um dos mais importantes por parte do farmacêutico, que após avaliar a medicação, cede os medicamentos ao utente de acordo com a respetiva prescrição médica ou indicação farmacêutica, sempre acompanhada de toda a informação que considere indispensável para o utente.

Após validar a prescrição, o farmacêutico deve avaliar farmacologicamente o tipo de tratamento e as intenções do prescritor, sendo responsável por fornecer ao utente todas as indicações clínicas necessárias para que este as compreenda, tanto oralmente como por escrito, de forma segura e eficaz atendendo sempre às necessidades de cada utente. É também responsável por alertar as condições de preservação, precauções no uso e garantir a qualidade e estabilidade do produto cedido.

Nos casos em que a dispensa não é possível, como por exemplo, prescrições não válidas, medicamentos esgotados, não comercializados ou retirados do mercado, cabe ao farmacêutico procurar soluções para cada caso. Por diversas vezes, deparei-me com esta situação, sendo que, sempre com a supervisão de um colega farmacêutico, indiquei ao utente a possibilidade de dispensar um medicamento similar ao prescrito, ou seja, com a mesma composição quantitativa e qualitativa em substâncias ativas, com a mesma forma farmacêutica e dosagem, sem nunca por em causa a qualidade ou adequação do tratamento.

4.11.4. Medicamentos psicotrópicos e estupefacientes

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes são, de todos os medicamentos disponíveis na farmácia, os que requerem uma atenção redobrada, sendo alvo de procedimento diferenciado.

São substâncias utilizadas no tratamento da dor, epilepsia, dependência de opiáceos e transtorno de défice de atenção, cuja utilização médica é indispensável para uma melhor qualidade de vida do utente, contudo a dependência destes medicamentos constitui um risco para a saúde do indivíduo. É por este motivo que foi necessária a criação de uma legislação especial para estas substâncias, de forma a poderem ser utilizados pelos utentes minimizando a probabilidade de abuso e dependência.

Na Farmácia D'Arrábida este grupo de medicamentos não estava guardado no sistema de dispensa automática juntamente com os restantes medicamentos, mas sim num gabinete das instalações de acesso reservado.

No ato da dispensa é verificada a identidade do adquirente que fica registada no verso da receita assim como o número e data do cartão de cidadão, carta de condução ou passaporte, indicando a data de entrega e assinando de forma legível.

A farmácia fica obrigada a conservar em arquivo adequado, pelo período mínimo de três anos, uma reprodução em papel ou em suporte informático das receitas que incluem estes medicamentos, ordenadas por data de aviamento.

4.12. Aconselhamento farmacêutico

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, a principal responsabilidade do farmacêutico é para com a saúde e bem-estar do utente, devendo este estar sempre à frente de interesses comerciais. Deve ajudar na obtenção de um tratamento de qualidade, eficácia e segurança, sempre exercendo a sua profissão com responsabilidade, ética e competência.

O farmacêutico atua como intermediário entre o médico e outros profissionais de saúde e o utente, sendo que é a ele que mais os utentes recorrem para

esclarecimento de dúvidas e incertezas. Cabe ao farmacêutico aprender a comunicar com cada utente tendo sempre em atenção as necessidades de cada um, transmitindo de forma clara e de fácil compreensão os seus conhecimentos científicos.

Muitas vezes o utente, em casos que considera de menor gravidade, recorre primeiro à farmácia, deste modo, cabe ao farmacêutico com base nos seus conhecimentos averiguar cada caso em particular, de modo a aconselhar MNSRM disponíveis ou em casos mais graves ou complicados, direcionar o utente para uma consulta médica.

Por outro lado, cada vez mais o utente recorre à automedicação, conferindo-lhe assim autonomia no que diz respeito à sua própria saúde. Assume assim o utente a responsabilidade do tratamento, podendo esta prática acarretar alguns riscos, pela falta de informação de base científica fidedigna e opções inadequadas baseadas em experiências prévias de outrem. Nestes casos, a intervenção farmacêutica é essencial, sendo é nosso dever informar e aconselhar o utente para escolhas mais adequadas dependendo da situação.

4.12.1. Sazonalidade de consumo

O aconselhamento requerido na farmácia prende-se maioritariamente com aspetos sazonais. Durante o meu período de estágio, pude observar em primeira mão este aspeto.

Durante os meses de inverno e primavera os pedidos mais frequentes prendiam-se com estados gripais, constipações e reações alérgicas. Com a chegada do verão, a principal preocupação dos utentes, principalmente do público feminino, caia sobre produtos para emagrecimento, drenantes, reafirmantes e anticelulíticos. Durante a época balnear, os produtos mais procurados eram autobronzeadores, suplementos preparadores da pele, protetores solares e pós-solares. Em época de exames nacionais, existiu também uma grande procura, por parte dos jovens, de suplementos que diminuíssem a fadiga física e intelectual.

4.13. Serviços de Saúde

As farmácias comunitárias cada vez prestam mais serviços de saúde à população, como por exemplo, administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação, administração de primeiros socorros, campanhas de informação, entre outros.

A Farmácia d'Arrábida disponibiliza ainda uma série de testes bioquímicos rápidos, como a determinação do colesterol total, colesterol HDL, ácido úrico e triglicerídeos, que são executados recorrendo ao aparelho de diagnóstico *in vitro* Reflotron® Plus, que determina quantitativamente os parâmetros acima referidos, utilizando tiras reativas. Trabalha com base na fotometria de reflectância assegurando resultados rápidos e fiáveis, de fácil manipulação. É recolhida uma pequena quantidade de sangue do utente para um capilar após picada com lanceta, que depois é aplicada sobre a tira específica para cada parâmetro, sendo posteriormente introduzida no aparelho.

Também são determinados valores de glicemia recorrendo ao aparelho Accu Chek® no qual é recolhida uma amostra de sangue em tira própria que é introduzida diretamente no aparelho.

Tive a oportunidade de realizar alguns testes durante o meu estágio, sempre com a supervisão de um colaborador. Este pequeno período no gabinete com o utente permitia uma conversa mais aprofundada sobre a sua patologia de modo a compreender o porquê de realizarem o teste e se era comum terem o parâmetro em questão com valores fora da norma. Após a obtenção do resultado, era discutido o valor obtido e dadas algumas recomendações de forma a tentar manter os valores dentro dos limites aceitáveis.

4.13.1. Serviços efetuados por outros profissionais de saúde

A Farmácia D'Arrábida tem ao dispor dos seus utentes vários serviços de saúde que vão para além da atividade farmacêutica, com um atendimento de elevada qualidade para o utente.

Estão disponíveis consultas de nutrição, levadas a cabo por uma nutricionista, tendo como objetivo avaliar fisicamente o utente, fornecendo-lhe um plano

nutricional personalizado e aconselhando a um estilo de vida mais saudável de forma a obter uma melhor qualidade de vida.

Com a colaboração de uma enfermeira, a Farmácia D'Arrábida possui um gabinete de enfermagem onde administra injeções intramusculares, intravenosas, subcutâneas e vacinas.

5. Formações

Durante o período em que estagiei na Farmácia d'Arrábida foi-me proporcionada a oportunidade de assistir a diversas formações. Todas elas foram bastante úteis pelo facto de ficar a conhecer novos produtos ou enraizar conhecimentos já adquiridos para melhor preparada estar no aconselhamento farmacêutico ao doente.

- ✓ CAUDALIE®

Consistiu na apresentação de todo o conceito da marca, que apenas usa produtos naturais, a maioria deles derivados da vinha, assim como uma explicação detalhada de todos os diferentes produtos que a marca contém.

- ✓ VII Jornadas Minhotas de Dermatologia

Nas Jornadas Minhotas de Dermatologia, realizadas no Hospital de Braga, foram inicialmente abordados os cosméticos na criança, como champôs, amaciadores de cabelo, destacando as principais reações alérgicas que podem ocorrer como a dermatite de contacto alérgica e a dermatite de contacto irritativa. A tricoscopia foi o tema seguinte, este mais ligado à prática clínica, sendo um exame dermatológico para avaliar o cabelo e couro cabeludo.

O eczema e psoríase foram temas que se seguiram, focados principalmente nos tratamentos e nos novos produtos que quase todos os dias entram no mercado farmacêutico para o tratamento e prevenção destas patologias.

Outros temas do painel foram a escabiose, hiperhidrose, vitiligo, melasma, pitiríase versicolor e carcinoma basocelular e espinocelular, todos eles muito mais direcionados para a prática clínica.

- ✓ PHYSIOGEL®

Quando tive a formação da PHYSIOGEL® confesso que não era uma marca muito conhecida por mim. Foi-nos apresentado uma linha nova de produtos, o A.I. creme, A.I. creme intensivo e o A.I. fluído, todos eles usamos no eczema atópico por terem na sua constituição um composto anti-inflamatório patenteado pela marca, que alivia a comichão e vermelhidão associadas à pele muito seca e desidratada.

- ✓ ELANCYL®

Na formação da ELANCYL® foram-nos apresentados os dois novos cremes da marca utilizados como anticelulíticos, o Cellu-Slim® e o Cellu-Slim Noite®. Estes cremes adelgaçantes têm na sua constituição 5 produtos, que diz a marca, serem essenciais para adelgaçar e reafirmar a pele. Quatro destes compostos atuam na eliminação de gordura numa fase de libertação imediata: cecrópia, cafeína, hera e xantoxilina. O último constituinte tem um efeito retardado, impedindo uma reabsorção durante a noite: floridzina.

- ✓ Aleitamento Natural e Artificial

Consistiu numa formação em que nos foram “relembrados” os cuidados durante a amamentação e as vantagens do aleitamento materno.

Foi-nos falado da extração e armazenamento do aleitamento materno, assim como o aleitamento artificial.

Após esta pequena introdução foram-nos apresentados produtos da marca CHICCO® que ajudam em todas estas fases, como os podemos aconselhar e em que casos específicos devem ser utilizados.

- ✓ NUTRADVANCE®

Foi uma formação vocacionada para a apresentação dos diversos produtos da marca que ajudam no controlo do peso, atuam como drenantes dos líquidos afinando a silhueta, queimando gorduras localizadas, controlando o apetite ou bloqueando a absorção de calorias provenientes das gorduras e açucares.

5. Conclusão

Ao longo do meu estágio curricular em farmácia comunitária fui-me apercebendo no quanto aprendemos no mundo do trabalho, todos os conhecimentos teóricos aprendidos durante o curso foram essenciais para o sucesso do meu estágio mas muita coisa faltava. Aprender a comunicar, a ouvir e saber auxiliar o utente nas suas decisões, foram dos conhecimentos que mais ficaram enraizados em mim. Devemos mostrar disponibilidade para o utente assim como interesse em o auxiliar, garantindo sempre o sigilo profissional. Foi esta parte da vida profissional que se tornou o meu maior desafio durante o estágio, tendo sempre o apoio e experiência dos colegas aos quais recorri em diversas situações.

Rapidamente, também, compreendi que nenhuma farmácia sobrevive apenas com a venda de medicamentos, uma grande parte do negócio assenta sobre as áreas de cosmética, ortopedia e puericultura. Cabe assim ao farmacêutico tentar obter o máximo de informação sobre estes produtos, quer através de ações de formação, assim como folhetos informativos disponibilizados pelas diversas marcas comerciais.

Apercebi-me que as funções do farmacêutico comunitário vão muito para além do aviamento de receitas, a relação que se estabelece com o utente é essencial, devendo sempre conseguir adaptarmo-nos aos diferentes utentes, tentando compreender as suas preocupações e dúvidas, assim como queixas. É no atendimento ao público que a nossa profissão faz a diferença, somos o elo de ligação entre o médico e o utente, é a nós que o utente recorre para esclarecer as suas dúvidas, colmatando assim algumas falhas de comunicação durante a consulta médica. Temos um papel ativo na educação para a saúde da população, ajudando a lidar com a doença assim como a melhorar a qualidade de vida.

Tudo o que aprendi, devo aos meus colegas, todos eles incansáveis. Sei que aprendi imenso em seis meses mas muito ainda há para aprender durante a minha vida profissional.

6. Bibliografia

[1] Seeley R R, Stephens T D, Tate P (2005). Sistema Tegumentar. In: Seeley R R, Stephens T D, Tate P, eds. *Anatomia & Fisiologia.* 6ª Edição. Lusociência. Loures, 149-172.

[2] Revista Aditivos & Ingredientes: A Vitamina D. acessível em: http://www.insumos.com.br/aditivos_e_ingredientes/materias/174.pdf [acedido em 12 de junho de 2014]

[3] Prista L N, Bahia M F, Vilar E (1992). *Dermofarmácia e Cosmética: I Volume*. 1ª Edição. Associação Nacional de Farmácias. Porto.

[4] Explicatorium: O Espetro eletromagnético. Acessível em: http://www.explicatorium.com/CFQ8/Luz_espectro_eletromagnetico.php [acedido em 5 de junho de 2014]

[5] Ponto Ciência: Espetro Eletromagnético. Acessível em: http://pontociencia.org.br/galeria/#/content/Fisica/Optica/Espectro%20Eletromagnetico.jpg [acedido a 12 de junho de 2014]

[6] Balogh T S, Pedriali C A, Baby A R, Velasco M V R, Kaneko T M (2011). Proteção à radiação ultravioleta: recursos disponíveis na atualidade em fotoproteção. *Anais Brasileiros de Dermatologia*; 86:732-742.

[7] Agência USP de Notícias: Raios Ultravioleta A ação direta e indireta sobre o DNA. Acessível em: http://www.usp.br/agen/?p=116458 [acedido em 30 de maio de 2014]

[8] Protetor solar Photoless® - Penetração dos raios UV na pele. Acessível em: http://www.photoless.com.br/site.asp?MODULO=protecao_raiosUV [acedido em 5 de junho de 2014]

[9] Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia: Reações da Pele à radiação Solar. Acessível em: http://www.spdv.com.pt/_script/?id=17&det=81. [acedido em 3 de junho de 2014]

[10] La Roche Posay®: Eritema Solar. Acessível em: http://www.laroche-posay.pt/gloss%C3%A1rio-beleza/E/Eritema-solar-gl5-w2710.aspx [acedido em 5 de junho de 2014]

[11] Médicos de Portugal: Fotossensibilidade. Acessível em: http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/utentes/doencas_de_pele/fotossensibilidade [acedido em 3 de junho de 2014].

[12] Montagner S, Costa A (2009). Bases biomoleculares do fotoenvelhecimento. *Anais Brasileiros de Dermatologia*; 84: 263-269.

[13] Dermatologia: Melanoma maligno. Acessível em: http://www.dermatologia.net/novo/base/doencas/melanoma.shtml. [acedido em 30 de maio de 2014].

[14] Fotos antes e depois: Melanoma. Acessível em: http://www.fotosantesedepois.com/melanoma/ [acedido em 30 de maio de 2014]

[15] Jeanmougin N (2005). O encontro entre a pele e o sol. In: Avril M F, Brodin M, Dréno B, Dréno P, Gotman A, Jeanmougin *et al. Exposição Solar: Benefícios, Riscos e Prevenção.* Lusociência, Loures, 3-22.

[16] Portal São Francisco: Radiação Ultravioleta. Acessível em: http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/cancer-de-pele/radiacao-ultravioleta.php [acedido em 13 de junho de 2014]

[17] Slideshare: Fotoenvelhecimento. Acessível em: http://pt.slideshare.net/erminiaad/fotoenvelhecimento [acedido em 13 de junho de 2014].

[18] Trevor A J, Way W L (2007). Sedative-Hypnotic Drugs. In: Katzung B G, Masters S B, Trevor A J, eds. Basic and Clinical Pharmacology. 11ªedição. MacGraw Hill, 371-386.

[19] António A, Remísio E (2002). *Evolução da utilização das benzodiazepinas em Portugal Continental entre 1995 e 2001*. Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde: Direção de Economia do Medicamento e Produtos de

Saúde; INFARMED.

[20] Campo-Soria C, Chang Y, Weiss DV (2006). Mechanism of action of benzodizepines on GABAA receptors. Brithish Journal of Pharmacology]. 148(7). Acessível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1751932/?tool=pubmed (acedido em 10 de julho de 2014)

[21] Goodman LS, Gilman A (1997). *As bases farmacológicas da terapêutica*. 9ª edição. Brasil: 264-272.

[22] Revista de Neurociência: Hipnóticos. Acessível em: http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/vol12_4/hipnoticos.htm [acedido em 13 de julho de 2014]

[23] INFARMED: Resumo das características do medicamento Xanax® 0,25mg. Acessível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=9314&tipo_doc=rcm [acedido em 13 de julho de 2014]

[24] Furtado C, Ribeirinho M, Gaspar M (2010). *Análise da evolução da utilização de psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009*. Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde: Direção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde; INFARMED.

[25] Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde.*

[26] Furtado C, Teixeira I (2005). *Evolução da utilização de psicofármacos em Portugal Continental entre 1999 e 2003*. Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde: Direção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde; INFARMED.

[27] Furtado C (2013). Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000-2012). INFARMED.

[28] Carvalho A A, Nogueira P J, Silva A J, Rosa M V, Alves M I, Afonso D *et al* (2013). Portugal: Saúde Mental em números -2013. Programa Nacional para a Saúde Mental. Direção Geral de Saúde.

[29] Rocha M J, Cunha E P, Dinis, A P, Coelho C (2006). *Feridas Uma Arte Secula - Avanços Tecnológicos no Tratamento de Feridas.* 2ªedição. MinervaCoimbra, Coimbra.

[30] Santos P (2012). *Opções terapêuticas*. Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidular da Universidade Católica do Porto.

[31] Santos J B, Porto S G, Suzuki L M, Sostizzo L R, Antoniazzi J L, Echer I C (2010). *Avaliação e tratamento de feridas – orientações aos profissionais de saúde.* Hospital de Clínicas, Porto Alegre.

[32] Elias C G, Brandão D M, Candeias E C, Cunha E M, Rigueiro G C, Mesquita M R, Rocha P M (2012). *Manual de material de penso com ação terapêutica.* Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar, Ordem dos Farmacêuticos. Cadavalgráfica. Lisboa.

[33] Mountainside Medical – Apósitos de Hidrofibras. Acessível em: http://www.mountainside-medical.com/aquacel-ag-rope-hydrofiber-ribbon-dressing-5-box.html. [acedido em 12 de junho de 2014].

[34] Diário da República Eletrónico: Decreto-Lei nº19/2014, 5 de fevereiro. Disponível em: https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2014/02/02500/0096800972.pdf [acedido em 5 de julho de 2014].

[35] Diário da República Eletrónico: Decreto-Lei nº128/2013, 5 de setembro. Disponível em https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2013/09/17100/0552405626.pdf [acedido em 5 de julho de 2014].

[36] INFARMED: Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_II/por

taria_594-2004.pdf [acedido em 6 de julho de 2014].

[37] INFARMED: Estatuto do Medicamento, Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto. Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/035-E_DL_176_2006_VF.pdf [acedido em 6 de julho de 2014].

[38] INFARMED: Dispositivos médicos. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICO/Ciclo_Dispositivos_FINAL.pdf [acedido em 7 de julho de 2014].

[39] Diário da República Eletrónico: Decreto-Lei n.º 145/2009, 17 de junho. Disponível em: https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2009/06/11500/0370703765.pdf [acedido em 6 de julho de 2014].

[40] INFARMED: Decreto-Lei n.º 296/98, de 25 de Setembro. Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_V/TITULO_V_CAPITULO_I/decreto_lei_20296-98.pdf [acedido em 6 de julho de 2014].

[41] Diário da República Eletrónico: Decreto-Lei n.º 307/2007. Disponível em: http://dre.pt/pdf1s/2007/08/16800/0608306091.pdf [acedido em 6 de julho de 2014].

[42] Diário da República Eletrónico: Portaria n.º 24/2014, de 31 de janeiro. Disponível em: http://www.dre.pt/pdf1s/2014/01/02200/0089600904.pdf [acedido em 5 de julho de 2014].

7. Anexos

7.1. Folheto sobre Fotoproteção



Para um bronzeado perfeito

1. Esfoliação

Uma boa esfoliação da pele, 1 a 2 vezes por semana, deixa a sua pele suave e homogénea garantindo um bronzeado sem manchas e uniforme.

2. Suplementos Alimentares de preparação para o sol

Os suplementos alimentares são também essenciais para um bronzeado perfeito.
Na sua composição têm carotenoides que promovem e intensificam o bronzeado natural e antioxidantes que atuam contra os radicais livres gerados pela luz solar e que são responsáveis pelo aparecimento precoce de manchas e de rugas.

3. Autobronzeadores

Os autobronzeadores induzem uma coloração temporária da pele simulando o tom da pele bronzeada naturalmente.
Contudo, é necessário ter em conta que os autobronzeadores não conferem proteção solar sendo que não dispensam o uso de um protetor solar.

4. Protetor Solar

No verão, o protetor solar é o nosso principal aliado, por isso saber escolher o que é adequado para a nossa pele é essencial.
Antes de mais temos que compreender o que significa o fator de proteção solar. O FPS é o índice que determina o tempo que uma pessoa pode permanecer ao sol sem risco de queimadura, ou seja, quanto maior o FPS mais alta a proteção.
Para uma escolha correta do protetor solar, devemos acima de tudo saber qual o nosso fototipo de pele, bastando para isso analisar a tabela.

Classificação de Fitzpatrick–resposta do organismo às radiações solares.

FOTOTIPOS	ERITEMA	PIGMENTAÇÃO	SENSIBILIDADE AO SOL
I - Branca	Queima-se sempre	Nunca se bronzeia	Muito sensível
II - Branca	Queima-se com facilidade	Bronzeia muito pouco	Sensível
III – Morena clara	Queima moderadamente	Bronzeia moderadamente	Normal
IV – Morena escura	Queima pouco	Bronzeia com facilidade	Normal
V – Morena escura	Raramente se queima	Bronzeia sempre bastante	Pouco sensível
VI - Negra	Nunca se queima	Totalmente pigmentada	Insensível

Fototipos I e II—proteção muito alta FPS 50+.
Fototipos III e IV—proteção média FPS 30.
Fototipos V e VI—proteção baixa FPS 20/15.

5. Fotoproteção na infância

Os protetores solares pediátricos deverão ser sempre de FPS 50+. No caso de crianças até aos 2 anos e para adultos com pele muito sensível, a escolha deverá ser de um protetor mineral que atua como uma barreira de proteção.
É fundamental cumprir o horário solar, evitando a praia das 11h às 16h. Esta regra aplica-se tanto às crianças como aos adultos
Outra noção essencial é a de aplicar o protetor solar 20 minutos antes de sair de casa e voltar a aplicar a cada 2h ou após natação ou sudação profunda.
Ingerir muita água para hidratar também é fundamental, assim como usar vestuário protetor e óculos de sol.
Por fim, não esquecer de proteger também os cabelos, lábios e ouvidos.

6. Pós Solar

Depois de uma exposição solar é essencial aplicar um creme pós-solar que contenha substâncias calmantes, hidratantes e reparadoras da epiderme, que promovam a cicatrização das zonas queimadas fazendo desaparecer a sensação de "escaldão".

